692 (1)

ENEL HAZAÑAS VIDAL

PAGINAS
26 — Psi
35 — Gu
91 — Mic
99 — Ala
79 — Gu

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
PROGRAMA ACADEMICO DE MEDICINA HUMANA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

PSIQUIATRIA "B"

Lecciones de Clinica Psiquiátrica

I. PSIQUIATRIA GENERAL Y PREVENTIVA
II. PSIQUIATRIA ESPECIAL

EDITOR :

Prof.: HUMBERTO ROTONDO G.

LIMA - PERU

1971

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
PROGRAMA ACADEMICO DE MEDICINA HUMANA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

PSIQUIATRIA "B"

Lecciones de Clinica Psiquiátrica

EDITOR :

Prof.: HUMBERTO ROTONDO G.

LIMA - PERU

1971

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PRIMERA PARTE

PSIQUIATRIA GENERAL Y PREVENTIVA

1971
Lima-Perú

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BASES DEL DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

Dr. Humberto Rotondo

EL DIAGNOSTICO EN LA PSIQUIATRIA

El objetivo del diagnóstico es naturalmente la identificación de la naturaleza del desorden o la enfermedad y de todos los factores relativos al huésped, noxas y ambiente que han condicionado, de una manera u otra, su aparición.

Podría decirse también, que el propósito del diagnóstico es llegar a una comprensión de la historia natural de la enfermedad a fin de proveer una base objetiva para el cuidado, asistencia, tratamiento y rehabilitación del paciente. Es decir algo más de lo que sostenía Littré cuando anotaba que el diagnóstico es "el arte de conocer las enfermedades por sus síntomas y distinguirlas unas de otras".

El diagnóstico en Psiquiatría no es diferente, en esencia, de todo el diagnóstico médico. Comprende:

1) Un diagnóstico clínico.
2) Un diagnóstico dinámico.
3) Un diagnóstico etiológico.

1.- El diagnóstico clínico.- Se basa en la categorización de los síntomas y signos observados, por ejemplo: neurosis de angustia, sindrome cerebral agudo asociado a desorden convulsivo, depresión psicótica, etc.

2.- El diagnóstico dinámico.- Se refiere a la comprensión de las "fuerzas" internas (estructura de la personalidad, tendencias, motivos, emociones, actitudes) y de las fuerzas ambientales ("stresses psicológicos") tal como operan en la situación concreta, actual del paciente, en su interacción o influencia recíproca.

3.- El diagnóstico etiológico.- Necesariamente multicausal, se refiere a todos los factores relativos al huésped, a las noxas y al ambiente que han condicionado la enfermedad o desorden, en una palabra se refiere a todos los factores responsables de la génesis u origen del trastorno.

Al hablar de desórdenes o trastornos psiquiátricos nos referimos generalmente a sindromes y no siempre a enfermedades, en sentido biológico.

Entendemos por sindromes, grupos de síntomas que ocurren asociadamente con más frecuencia que otros; un sindrome no es simplemente un agregado de síntomas sino un ordenamiento jerárquico de síntomas, habiendo manifestaciones objetivas y subjetivas que se imponen por si mismas, por ejemplo el estado de estupor en el llamado "sindrome de estupor" la angustia o ansiedad en el"sindrome ansioso", etc. La asociación de síntomas no es puro asunto de azar; existen síntomas característicos u obligatorios que permiten identificar el sindrome, o sea sus síntomas, cuya presencia establecen una diferencia con otros síndromes, así la la presencia de síntomas correspondientes a una ruina o desintegración de la configuración o vida psíquica, constituye, en ausencia de un compromiso de la conciencia, la expresión de un sindrome definido, cono

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cido también con la denominación de sindrome esquizofrénico. En este caso si se presenta manifestaciones de otro sindrome, por ej. de un sindrome depresivo, este tiene el carácter de manifestación facultativa. Como veremos después hay sindromes básicos de mayor jerarquía cuya identificación permite llamar a los demás que se encuentran asociados como sindromes asociados o facultativos, de este tipo son el sindrome cerebral agudo, el sindrome cerebral crónico, el sindrome de ruina de la configuración esquizofrénica.

Entendemos por enfermedad, en sentido estricto, un trastorno del funcionamiento del organismo manifestado por un conjunto de síntomas y de signos relativamente constantes que tienen un curso o evolución parecida, un término predecible, causa o etiología conocidas y determinadas. Los llamados desórdenes psiquiátricos, en el estado actual de nuestros conocimientos, no pueden homologarse en su totalidad a enfermedades en el sentido estricto de la palabra; hacen excepción ciertos desórdenes orgánico-cerebrales, los desórdenes maníaco-depresivos. En cuanto a las esquizofrenias, así llamadas muy sagazmente por E. Bleuler, muy probablemente se trate de un grupo o conjunto heterogéneo en lo referente a la etiología y caracterizado sindrómicamente por una desintegración funcional (sindrome de ruina de la configuración). Prudentemente se identificarán los sindromes o conjunto sindromáticos, los tipos clínicos de los trastornos. Este concepto de tipo clínico obedece a innegables diferencias cualitativas, no prejuzga sobre hipotéticos factores etiológicos o mecanismos patogénicos supuestos, y deja abierta la posbilidad de hallar factores etiológicos y mecanismos patogénicos a medida que progresen nuestros conocimientos.

Con el fin de faciliar este tipo de diagnóstico empírico procederemos, sucintamente a revisar los sindromes psiquiátricos, señalando las diferentes posibilidades diagnósticas que pueden seguir a su identificación.

SINDROMES PSIQUIATRICOS

1.- Sindrome Cerebral Local o Circunscrito:

Está en relación a lesiones cerebrales circunscritos que originan según el lugar de la lesión de los diversos sindromes afásicos, sindromes del lóbulo frontal, etc. Aparte de los trastornos en relación a la lesión local se produce alteraciones del impulso, de las tendencias y del estado de ánimo. El impulso o energía suele disminuir, las tendencias adquieren cierta urgencia y el estado de ánimo o humor sufre bruscos cambios; no está alterada la capacidad de fijación ni la memoria de evocación. Naturalmente pueden asociársele síntomas comprensibles en función de la reacción del sujeto frente a su situación (sintomatología ansiosa o depresiva, o paranoide psicoreactiva).

2.- Sindrome Psico-óganico o Sindrome Cerebral Crónico:

Se caracteriza por una mengua o compromiso mayor o menor de la orientación, memoria, de todas las funciones intelectuales (comprensión, cálculo, capacidad de abstracción, etc.), una mengua de juicio y una afectividad lábil, mal regulada. Síntoma principal es la disminución de la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

memoria de fijación.

Puede iniciarse de manera insidiosa o luego de un sindrome cerebral agudo. Es irreversible y está en relación a daño cerebral difuso de cualquier causa. Este sindrome puede ser la única manifestación o puede estar asociada a otras manifestaciones psicóticas, neuróticas o del comportamiento a manera de síntomas asociados facultativos. Se distingue un grupo con simples manifestaciones deficitarias o demenciales, un complejo sintomático amnésico confabulatorio o de Korsakoff y en su fase inicial puede presentarse un complejo sintomático neurasténico caracterizado por un estado de irritabilidad, fatigabilidad, mengua de la concentración, hiperestesia sensorial y déficit amnésico.

3.- Sindrome Cerebral Agudo o Reacción de Tipo Exógeno Agudo:

El cuadro sintomático consta:

a) Del sindrome de ruina de la configuración; b) de obnubilación de la conciencia que puede hacerse profunda y llegar al estado de coma; c) a veces puede presentarse estados crepusculares; d) los síntomas corporales de la enfermedad base. Se trata de un sindrome generalmente reversible, aunque a veces se prolonga en un estado o sindrome cerebral crónico, resulta de un compromiso difuso de la función cerebral por diversas causas exógenas: tóxicas, infecciosas, traumáticas, etc.
Distinguimos varios conjuntos sintomáticos: A).- Uno de simple entorpecimiento u obnubilación, B).- De anublamiento en que a un descenso del nivel de la conciencia se agregan fenómenos diversos: Seudopercepciones, ideas absurdas. De esta modalidad se describen varias formas: a.- El delirio caracterizado por considerable anublamiento de la conciencia, ilusiones, alucinaciones sobre todo visuales. b.- La amencia en la que es marcada la sintomatología tipo ruina de la configuración y no el compromiso de conciencia. c.- El estado crespuscular en donde la actividad mental tiene cierta coherencia, la conciencia está estrechada y reducida a un sistema limitado de ideas y motivos. Puede también presentarse el trastorno en graves reacciones situacionales.

Todos los trastornos mencionados al cesar se acompañan de amnesia mayor o menor para el episodio (amnesia de tipo lacunar). Los sindromes cerebrales agudos de causa exógena se acompañan de lentificación de las ondas cerebrales en el Electroencefalograma.

4.- Sindromes Espasmódicos:

Se describe: a.- Los accesos epilépticos. b.- Los accesos tetánicos. c.- Los accesos histéricos.

a.- Los accesos epilépticos convulsivos pueden presentarse en la llamada epilepsia idiopática o en la sintomática, por daño orgánico cerebral comprobable; convulsiones se presentan además en el período de abstinencias de la adicción a barbitúricos y con menor frecuencia en los períodos de abstinencia del alcoholismo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

b.- Los accesos tetánicos caracterizados por rigidéz de la porción distal de las extremidades y de parestesias; ocurre en la tetania por insuficiencia paratiroidea, también acompaña la crisis de hiperventilación en estados agudos de angustia y dentro de los llamados accesos histéricos (conversivos generalmente).

c.- Los accesos histéricos, se presentan bajo forma de tempestad de movimiento, teatralidad y exageración en expresión afectiva (angustia, temor, cólera) y se asocian a cierto entorpecimiento de conciencia. Representan reacciones "primitivas" o infantiles ante situaciones de "stress psíquico".

5.- Sindrome Estuporoso o de Estupor.-

El estupor es un estado caracterizado por falta de movimientos, el paciente está mudo y los estímulos dolorosos no provocan la reacción apropiada. Se presenta en sindromes cerebrales agudos y crónicos como manifestación asociada facultativa. En la melancolía constituyendo el llamado estupor melancólico. El estupor psicógeno puede presentarse en desórdenes situacionales agudos y en la histeria. El estupor catatónico se presenta generalmente bajo la forma hipertónica; termina bruscamente pasando muchas veces, a un estado de agitación psicomotriz; la conciencia en estos casos de estupor catatónico está generalmente conservada. El estupor catatónico se asocia a otras manifestaciones catatónicas: Catalepsia, negativismo, obediencia automática, integrando un sindrome catatónico.

6.- Sindrome Hiperquinético o de Agitación.-

En este sindrome predomina un exceso de movimientos sin aparente objetivo, presentándose otras manifestaciones de acuerdo a los trastornos en que ocurre. Se dá en la esquizofrenia, en los sindromes agudos cerebrales y crónicos, en la epilepsia, generalmente acompañado por un estado afectivo de furor; también se presenta en la manía.

7.- Sindrome Catatónico.-

Se observa en este sindrome, pasaje del estupor a la agitación, mutismo o verborrea, negativismo u obediencia automática, estereotipias, actos impulsivos. Ocurren en la llamada esquizofrenia catatónica, pero también en los sindromes cerebrales agudos y crónicos.

8.- Sindrome Alucinósico.-

Son características al lado de una gran lucidéz de conciencia, un estado de constante e intensa alucinación auditiva. Ocurren en las alucinosis alcohólicas, complicación psíquica del alcoholismo en cuyo caso aparece en el período de abstinencia, tembién se presenta en sindromes cerebrales agudos y crónicos, y en las llamadas"psicosis carcelarias".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

9.- Sindrome Delusivo Paranoide.-

En este sindrome se dan en forma más o menos sistemáticas delusiones, sea de un tipo autoreferencia persecutorio, de daño, grandeza o erotomaníaco.

Pude presentarse como sintomatología asociada, facultativa, en sindromes cerebrales agudos y crónicos; en la esquizofrenia constituyendo parte de la sintomatología secundaria. En forma pura las llamadas reacciones paranoides con o sin componente propiamente "psicoreactivo" o comprensible en función de la personalidad y de las situaciones vividas. A veces se asocia a la sintomatología maniaco-depresiva.

10.- Sindrome de Ruina de la Configuración.-

Se manifiesta por una interrupción en la constancia y continuidad de la personalidad y en general de la actividad psíquica o sea un estado de desintegración funcional. Se encuentra transitoriamente en reacciones de gran stress sicológico; acompañado de compromiso de conciencia en sindromes cerebrales agudos. Ocurre también en sindromes cerebrales crónicos. En la esquizofrenia constituye un grupo sintomático básico o primario que se dá sin compromiso de conciencia.

11.- Sindrome Depresivo.-

Sus características son el estado de ánimo depresivo o de abatimiento, actitudes negativas con respecto al pasado, al futuro y al presente.

Este sindrome depresivo, con variantes, que aquí no desarrollamos, se presenta en diversas formas de estados depresivos: En las depresiones endógenas, en las depresiones reactivas, neuróticas y en aquellas que siguen a un prolongado stress psíquico o biológico. Ocurren como distimias o estados de ánimo no provocado en la epilepsia. En los sindromes cerebrales de localización circunscrita agudos y crónicos puede darse como manifestación asociada o facultativa, Los desórdenes esquizofrénicos pueden iniciarse con manifestaciones depresivas o cursar con una sintomatología mixta depresivo esquizofrénico.

12.- Sindrome Ansioso.-

En este sindrome destaca la angustia. Esta puede manifestarse bajo forma de crisis o de estados más o menos prolongados.

Se observa generalmente en el inicio de la esquizofrenia, o asociadamente a trastornos depresivos, sindromes cerebrales agudos y crónicos, en los últimos de los cuales puede tomar la característica de "reacción catastrófica" cuando el sujeto encara una tarea o problema que no puede resolver. En las neurosis constituye el núcleo sintomático y dinámico, pudiendo presentarse en forma aislada, lo que es raro, o encubierto bajo otras manifestaciones sintomáticas (fobias, tensión, etc.) En reacciones situacionales la angustia es la respuesta frecuente ante amenazas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

que no pueden eludirse o encararse apropiadamente. Ocurre también en intoxicaciones y en el período de abstinencia de toxicomanías y del alcoholismo.

13.- Sindrome Maníaco.-

Se caracteriza por un estado de ánimo aufórico, una actitud expansiva una aceleración de la actividad psíquica y una actitud extremadamente positiva, sin base objetiva relativa al pasado,futuro y posibilidades presentes. Está presente en la manía (psicosis maníaco-depresivas), en ciertas formas de esquizofrenias, en sindromes cerebrales agudos y crónicos como manifestaciones asociadas facultativas. Puede presentarse en ciertas intoxicaciones: atebrínicas,alcohólica.

14.- Sindrome de Irritabilidad.-

La cólera fácil e intensa suele presentarse en estado de agotamiento por stress psicológico o biológico prolongado, en los períodos de descompensación de las neurosis. Ocurren en sindromes cerebrales particularmente en los crónicos, también en la esquizofrenia, a veces coincidiendo con interpretaciones delusivas en el sentido de ser agraviado, perseguido y ofendido.

SINDROMES NERVIOSOS

15.- Sindrome Neurasténico.-

Caracterizado por fatigabilidad, irritabilidad, hiperestesia sensorial ocurre en relación a estados de stress psicológico ó biológico prolongado, en la fase inicial de las llamadas depresiones por agotamiento, al comienzo de las psicosis endógenas (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresivas) y en los sindromes cerebrales agudos y crónicos.

16.- Sindromes Hipocondríaco.-

En el centro del sindrome se halla o una excesiva e inapropiada preocupación por la salud y el propio cuerpo, que puede asumir diversas modalidades de acuerdo a la índole del trastorno subyacente (neurosis,psicótico);en neurosis se presenta como manifestación principal o secundaria, en las psicosis endógenas (melancolía, esquizofrenia) adquiere en el primer caso una tonalidad negativa depresiva , en el segundo cursa con manifestaciones extrañas, grotescas.

17.- Sindrome Obsesivo-compulsivo.-

Ocurren en neurosis constituyendo la sintomatología principal o como manifestación asociada. En depresiones endógenas pueden presentarse como sintomatología asociada. No es raro hallar sintomatología obsesiva

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

al inicio de desórdenes esquizofrénicos, y asociadamente, como manifestaciones secundarias facultativa en sindromes cerebrales crónicos.

18.- Sindromes Histéricos.-

a.- Estado disociativo: fugas, "amnesias" referidas a un determinado período de tiempo, estados oniroides o crepusculares, ocurren en reacciones situacionales agudas (catástrofes, etc) en histerias, a veces en esquizofrenia, en epilepsia.

b.- Estados conversivos: anestesias, amaurosis, sordera, parálisis, disquinesias, sin base órganica determinada, etc.; se dan también en graves reacciones situacionales, en histeria y disquinesias similares a las que ocurren en la histeria ocurren en intoxicaciones por psicofármacos (estemetil, anatensol, estelazine.)

19.- Sindrome de Despersonalización.-

Los pacientes se "sienten" irreales como autómatas, y o la realidad aparece distante menos viva. Puede presentarse en las depresiones, particularmente las endógenas, en las fases iniciales de los procesos esquizofrénicos, en forma accesual en la epilepsia.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EPIDEMIOLOGIA GENERAL Y CLINICA

Dr. Humberto Rotondo

- EL ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO -

Definición y significado (Ecología de la enfermedad). Se define la Epidemiología como aquel campo de la ciencia que trata de los diversos factores y condiciones que determinan la ocurrencia y distribución de la salud, enfermedad, defecto, incapacidad y muerte en grupos de individuos. Sus hallazgos son naturalmente aplicables a la comprensión de la salud del individuo y de aquellas, inmediatamente próximos, o sea los que integran "su" grupo doméstico o familiar. J. N. MORRIS ha descrito siete usos de la epidemiología:

1.- El estudio histórico-longitudinal de la aparición y desaparición de la enfermedad en la población.

2.- El diagnóstico de problemas de la salud y enfermedad en la comunidad mediante el estudio y análisis de la incidencia, prevalencia y mortalidad contemporáneas.

3.- La estimación de los riesgos de enfermar del individuo.

4.- Ayuda para completar el cuadro clínico y la historia natural de la enfermedad a través del análisis de grupos de casos.

5.- Identificación de sindromes clíncios mediante la observación del comportamiento de grupos.

6.- Evaluación de la necesidad y efectividad de los servicios de salud a través de investigación operacional.

7.- Investigación acerca de posibles "causas" de enfermedad y de salud observando hábitos, costumbres.

La aplicación del método epidemiológico a trastornos específicos depende de la premura que las desviaciones de la salud son el resultado de las interacciones entre los agentes de enfermedad (animados o inanimados) el hombre o el huésped, y el ambiente integral que incluye muy diversos aspectos: físico, económico, social, biológico y psicológicos, facilitantes o dificultantes de las interacciones entre agestes y huésped.

John B. GORDON ha definido la Epidemiología como Ecología Médica. Recordemos, a este propósito, que la Ecología trata de las relaciones mútuas entre el hombre y su ambiente y considera a la salud y a la enfermedad como dos hechos especiales, resultantes posibles de esas interacciones.

Considerada así, la Epidemiología es la ciencia médica que estudia la ocurrencia y distribución de la enfermedad y, por tanto, de las circunstancias en que aparece, se agrava o desaparece, intentando, así, responder a preguntas acerca del porqué y del cómo del inicio, curso y término de las enfermedades.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Todas las enfermedades y condiciones relativas a la salud (accidentes, muerte, etc.) tienen, de esta suerte, su epidemiología: enfermedades infecciosas, las enfermedades crónicas, suicidios, homicidios, accidentes de tránsito, alcoholismo, cocaismo, los desórdenes emocionales, etc.

En una palabra la epidemiología se refiere a: 1) Como ocurren las enfermedades, accidentes, etc. 2) Con qué frecuencia se presentan, cómo se distribuyen o sea a quienes afectan, y qué factores externos e internos son responsables de ello. Al estudiar una determinada enfermedad o trastorno se comienza: a) Por determinar cuántos pacientes están presentes en la población analizada (prevalencia), y luego b) cuántos casos nuevos se presentan en una determinada unidad de tiempo, por ejemplo un año (incidencia o adición de nuevos casos). El estudio de la prevalencia de los desórdenes psiquiátricos naturalmente arrojarán diferencias según se tomen sólo en cuenta datos hospitalarios, sea referidos: a) a hospitalizaciones o cunsulta externa, b) o se hagan un recuento de casos activos en la misma comunidad. En el primer caso se puede criticar los valores encontrados pues no todos los "casos" activos se hospitalizan o pueden hospitalizarse.

Entre nosotros por ejemplo hay demora para solicitar atención psiquiátrica en aquellos pacientes que no presentan síntomas peligrosos para él y para los demás, lo que conduce a una alta frecuencia de casos en la comunidad no conocidos ni tratado por los médicos. En cuanto a los estudios tipo "survey" en la misma comunidad, surgen problemas relativos a los que se entiende por "caso psiquiátricos".

Algunas investigaciones de campo como las de Alexander Leighton en Canadá (Nova Scotia), Rennie, Srole en Nueva York, y las uestra de Mendocita (LIMA) arrojan cifras elevadas al tomarse en cuenta sólo síntomas, pero cuando se delimitan, con criterio clínico, los casos, lo valores hallados son más bajos. Clínicamente considerados síntomas de ansiedad, depresión o irritabilidad, por ejemplo, pueden ser simples reacciones emocionales, transitorias frente a alguna situación de "stress" piscológico pasajera o estar en relación a trastornos duraderos o prolongados (neurosis, psicosis, sindrome cerebrales).

La prevalencia o sea la cantidad de casos disponibles activos disminución por recuperación, por muerte o migración de la zona o área estudiada.

La mortalidad por enfermedad psiquiátrica es relativamente baja, de otra parte la muerte que puede darse a sí misma una persona no siempre está en relación directa a desórdenes psiquiátricos, al estar influída o facilitada por circunstancias sociales y culturales.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CUADRO 1.-

TASAS DE MORTALIDAD POR HOMICIDIO Y SUICIDIO EN ALGUNOS PAISES AMERICANOS - 1959-1960 TASAS POR 100,000 HABITANTES

PAIS	TASAS HOMICIDIOS	TASAS SUICIDIOS
Colombia	39.9	2.9
México	31.8	1.9
El Salvador	30.7	11.4
Nicaragua	19.8	0.9
Paraguay	19.4	2.4
Cuba	15.6	16.0
Guatemala	8.8	3.2
Venezuela	7.7	5.8
Chile	6.9	7.8
Panamá	5.6	4.9
República Dominicana	5.0	1.7
EE. UU.	4.6	10.5
Uruguay	4.3	10.9
Costa Rica	3.2	2.1
Perú	1.7	2.1
Canadá	1.4	7.6

La comprensión cuidadosa de la historia natural de la enfermedad, defecto o incapacidad requiere un conocimiento de las circunstancias específicas en la naturaleza, bajo las cuales éstos desórdenes aparecen y persisten así como de las circunstancias y condiciones bajo las cuales no ocurran. Se estudia así la enfermedad o condición de acuerdo à las características de las personas: Sexo, edad, grupo étnico, condición socio-económica, etc. El conocimiento de las asociaciones de la enfermedad a estas diferentes variables ayuda a comprender los factores responsables del desarrollo de la enfermedad, los grupos más expuestos a contraer la enfermedad o trastorno, etc. Veamos a continuación resultados de investigaciones peruanas relativas a la prevalencia de desórdenes psiquiátricos atendiendo:

CUADRO II.-

1 SEXO

DISTRIBUCION ATENDIENDO AL SEXO (MENDOCITA)
MAYORES DE 20 AÑOS EN PORCENTAJE DE LA MUESTRA

	Varones	Mujeres	TOTAL
Esquizofrenia	0.8%	0.86	0.8%
Psiconeurosis	6.4	25.2	15.41
Alcoholismo	12.09	3.4	8.8
Epilepsia	1.6	1.7	1.6

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CUADRO III.-

2 LA EDAD

MORBILIDAD PSIQUIATRICA DE ACUERDO A EDADES.MENDOCITA

Grupos de Edad	PSICOSIS	PSICONEUROSIS	ALCOHOLISMO
N - 150			
20 - 29	1.9%	15.7%	6.5%
30 - 39			
N - 71			
40 - 49	1.4	11.2	11.2
50 - 59			
N - 16			
60 - 69	25	31.2	18.7
70 - 79			

En términos de porcentaje de la población respectiva.

CUADRO IV.-

MORBILIDAD PSIQUIATRICA DE ACUERDO A GRUPO DE PROCEDENCIA (MENDOCITA)

	Costa	Sierra	Lima	Totales
Psiconeurosis	8.9%	18.4%	22%	15.41
Alcoholismo	7.8	11.6	4.4	8.8
Epilepsia	2.2	1.9	---	1.6

Revisando los cuadros se encuentra una mayor frecuencia de psiconeurosis en el sexo femenino y en los grupos de edad entre 20 y 40, y por encima de 60. El alcoholismo es más frecuente en los varones, encontrándose la epilepsia distribuída con frecuencia parecida entre varones y mujeres.

Si comparamos resultados de prevalencia de síntomas psiquiátricos atendiendo a nivel socio-económico veremos cifras muy parecidas en grupos socio-económicos desfavorecidos, así resalta la semejanza de frecuencia de síntomas psicológicos entre los pobladores de Mendocita, barrio pobre de la Victoria (Lima) y el sector económicamente inferior de un área central de la ciudad de Nueva York (Rennie, Srole).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CUADRO V.-

FRECUENCIAS DE SINTOMAS PSICOLOGICOS EN LA POBLACION GENERAL

	Mendocita	Clase Modtown inferior	Clase Media	Clase Elevada
Alcoholismo	8.8%	6.6%	4.5%	2.7%
Epilepsia	1.6	0.7	0.5	0.0
Ansiedad	44.2	73.0	69.8	69.6
Actitud hipocondriana	28.3	31.2	23.9	20.4
Depresión	31.2	36.2	23.9	11.1
Actitud esquizoide	32.2	19.5	18.5	7.9
Actitud suspicaz	50.2	40.3	29.0	16.4
Actitud dependiente	54.8	36.0	28.8	17.1

De igual modo podemos comparar resultados de estudios de prevalencia atendiendo al nivel del desarrollo socio-económico de las poblaciones respectivas. Tomando así los desórdenes convulsivos, que como sabemos, están, en un grupo numeroso, condicionados por factores exógenos o somáticos podemos advertir grandes semejanzas en las frecuencias de estos en países subdesarrollados.

CUADRO VI.-

COMPARACION PREVALENCIA ACTUAL CONVULSIONES

	Aldeas Yoruba (NIGERIA)	Abeokuta (NIGERIA)	Stirling C. (CANADA)	Mendocita (PERU)
Muestra de la población gen.	N-282	N-64	N-1010	N-239
Sindrome cerebral convuls.	1%	3%	0.2%	1.6%

El foco de observación en Epidemiología, Medicina Clíncia tradicional y Epidemiología Clínica.

1).- En medicina clínica el foco de observación ha sido el paciente individual y las observaciones se refieren a la reacción clínica tal como se manifiesta en el individuo por ejemplo el tipo, extensión y carácter de las lesiones anatómicas, la extensión y secuencia de signos síntomas (fiebre, disnea , dolores, determinados comportamientos, estados efectivos, etc.) y el curso de la enfermedad en el individuo.

2).- El foco de observación en un grupo de individuos se refiere al grupo entero, incluyendo tanto a los afectados como a los no afectados; los fenómenos en estudio (enfermedad, accidentes, etc.) se consideran en términos de tipo,extensión y frecuencia en relación al sexo, edad, grupo étnico, ocupación, herencia, hábitos, migración, etc.

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

Los focos de observación del clínico y del epidemiólogo son diferentes pero en verdad sus objetivos son similares.

a) Las observaciones individuales se hacen para alcanzar un diagnóstico clínico y una mejor comprensión del curso e historia natural de la enfermedad o trastorno estudiados para establecer en el individuo un pronóstico y adecuado tratamiento para prevenir la progresión de la enfermedad, la incapacidad o muerte.

b) Las observaciones de grupo o de conjuntos de casos en la población estudiada se hacen para alcanzar un diagnóstico epidemiológico o ecológico o sea de todas las circunstancias que condicionan la enfermedad, la agrava o perpetúan a fin de obtener una mejor comprensión de la historia natural de la enfermedad estudiada para que puedan tomarse medidas adecuadas para establecer alguna forma de prevención tempranamente, en lo que es posible.

Debe enfatizarse que el éxito de las observaciones epidemiológicas promotoras de prevención depende de la exactitud del diagnóstico clínico de lo que se entiende sea reconocido, es decir sea debidamente delimitado, (diagnosticado) con el objeto de que la población pueda dividirse en aquellos que son afectados y aquellos que no lo son. Esta división es un principio epidemiológico fundamental en el estudio del conocimiento de la enfermedad debido a la necesidad de analizar las condiciones bajo las cuales se desarrolla la enfermedad así como en aquellas en que no se desarrolla.

3).- En la epidemiología clínica el foco de observación son el individuo y su familia.

De acuerdo a la Epidemiología convencional el foco de estudio o unidad epidemiológica son las poblaciones o grupos (comunidades, grupos ocupacionales, etc.) analizando en ellos las interrelaciones del agente y del huésped humano así como las circunstancias del ambiente que han afectado o producido dichas interacciones. En la Medicina clínica se ha prestado atención a la fase o período de la enfermedad en que ésta se ha hecho manifiesta.

A su vez la Epidemiología clínica al integrar los principios básicos epidemiológicos o ecológicos con los de la Medicina Clínica, hace foco de su observación tanto al paciente cono a su situación.

Esta amplia perspectiva permite la aplicación de medidas preventivas y de control tanto en el individuo como en su familia; todo médico clínico al interesarse por el ambiente inmediato (psicológico, socio-cultural, biológico y sífico) hace epidemiología, así, al estudiar las diversas circunstancias en que ha aparecido, se ha agravado o mejorado la enfermedad que estudia y trata. La epidemiología clínica parte del individuo enfermo para estudiar luego:

a) La salud de todos los integrantes del grupo doméstico o personas que viven bajo un mismo techo, familiares y no familiares.

b) Las condiciones de vida físicas, sociales, psicológicas de todo ese

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

conjunto.

c) Las interrelaciones entre todos ellos para estudiar, seguidamente.

d) Su "sistema exterior", el vecindario, el respectivo grupo ocupacional, de parentesco y social con los que se relacionan.
Al tenerse en cuenta dichas circunstancias inmediatas, próximas incluyendo el "habitat".

1) Se comprende mejor la historia natural de la enfermedad.

2) Se pueden estudiar a los demás miembros del grupo doméstico expuestos al riesgo de la enfermedad.

3) Se pueden tomar medidas preventivas o de control operando sobre los factores patógenos modificables al detectar circunstancias, de todo tipo, que puedan actuar como noxas o que puedan incrementar las vulnerabilidades o disminuir resistencias biológicas y psicológicas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

MODELOS ETIOLOGICOS

1.- El modelo de la "Historia natural" de la enfermedad.

Cualquier enfermedad o condición mórbida en el hombre y por tanto los desórdenes psiquiátricos, son el resultado de un proceso dinámico que se inicia debido a la interacción de los agentes de enfermedad o noxas y el organismo humano o huésped. La ebfermedad así considerada, por ejemplo una neurosis, el alcoholismo, un desorden psiquiátrico asociado a enfermedad cerebral (encefalitis, arterioesclerosis, etc.) es un proceso dinámico, o una serie ordenada de eventos es decir es un proceso que sigue una historia natural. Este proceso que denominamos la enfermedad o el trastorno resulta, generalmente, de la interacción de múltiples factores, representados unos por los llamados agentes patógenos (noxas) otros por el organismo huésped, más o menos resistentes, y otros por los diversos integrantes del medio ambiente que facilita la interacción entre agentes y huésped o rebaja las defensas, etc.

AMBIENTE

ENFERMEDAD

AGENTE PATOGENO HUESPED HUMANO

El proceso dinámico de la enfermedad, su historia natural depende:

a) De las características de los agentes de enfermedad, lo que implica aspectos cualitativos y cuantitativos de dichas noxas, que podemos describir como: biológicas, físicas, químicas e interpersonales.

b) De las características del huésped humano.

c) De las respuestas del huésped humano ante los estímulos o agentes productores de enfermedad provenientes del ambiente exterior de dentro del hombre.

De acuerdo a los princicipos ecológicos formulados por John E. Gordon y aplicables a todo tipo de enfermedad, incluyendo las psiquiátricas, que son solo enfermedades en que la sintomatología predominante es psíquica o mental:

1.- La enfermedad resulta de un desequilibrio entre los agentes de enfermedad y el huésped humano.

2.- La naturaleza y extensión del desequilibrio dependen de la naturaleza y características del huésped y de los agentes de enfermedad.

3.- Las características de los agentes y del huésped y su interacción dependen ampliamente de la naturaleza del ambiente físico, social, cultural, biológico y psicológico.

El ambiente acerca ciertos agentes al huésped e influye sobre sus características o interrelaciones.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Sin embargo este esquema resulta incompleto o parcial al no tener en cuenta la manera cómo percibe o interpreta el huésped humano la acción de las diferentes noxas físicas, químicas, biológicas que le pueden afectar.

Estas noxas pueden significar además de un stress biológico un verdadero stress psicológico por la "amenaza" o el significado que llegue a tener para la persona que la sufre.

1.- Los factores tipo agente en la ocurrencia de enfermedad.

Se define como un agente de enfermedad un elemento o sustancia, animado o inanimado o una fuerza, o una persona (o más) la presencia o ausencia de las cuales puede iniciar, agravar o perpetuar un proceso morboso. Pueden clasificarse dentro de una de estas cinco categorías:

Agentes personales o humanos, agentes biológicos (virales, microbianos, parasíticos) agentes nutricionales, agentes químicos y agentes físicos. En el análisis de cualquier proceso de enfermedad es importante revisar dichas categorías para determinar si de alguna manera han contribuído al proceso morboso o de enfermedad.

2.- El huésped humano como un factor de ocurrencia de enfermedad.

La interacción del huésped y del agente depende de las características y dosaje del agente o del tipo de estímulo y de la duración de su acción sobre el huésped pero también del tipo de relación establecida en el período de prepatogénesis de la enfermedad. Así una madre ansiosa afecta con mayor intensidad a sus hijos cuando no se aleja de ellos, siquiera por algún tiempo y en el medio no hay figuras significativas estables que puedan contrarrestar, en algo su influencia ansiógena.

La primera fase en las enfermedades comunicables es el período de incubación; también puede presentarse un período de incubación de períodos variables en desórdenes o enfermedades no relacionadas a agentes no infecciosos, por ejemplo en intoxicaciones, en reacciones depresivas que siguen a la pérdida de personas u objetos significativos, etc., ello depende de la intensidad del estímulo, de los incrementos repetidos del mismo. Así en graves situaciones de stress psicológico que implican una marcada amenaza a la supervivencia o integridad personal puede ocurrir que inmediatamente la reacción sea una frialdad o cierto estupor afectivo, para después manifestarse angustia, depresión o alguna forma de reacción primitiva (fuga, tempestad de movimientos,etc)

La reacción del huésped frente a la invasión o acción de un agente patógeno viviente o no viviente, o frente al contacto con la relación más o menos prolongada con un agente personal, es muy variable. En primer término el agente, de la primera categoría mencionada, puede fracasar en instalarse, puede ser expelido o destruído por las defensas del huésped; o puede, tratándose, de aquellos de tipo interpersonal producirse un alejamiento o separación, etc. En segundo término puede alojarse y multiplicarse (agentes microbianos, parasíticos o virales) y producir una reacción discernible. A propósito de los agentes interpersonales conviene señalar que efecto patógeno, aparte situaciones de pérdida, está más en relación con un obrar crónico, prolongado, que en relación a una situación aislada, no repetida, así madres y padres inconsistentes,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

brutales o desamorados condicionan sobre los hijos reacciones psíquicas normales no a través de un episodio único sino por sucesivas situaciones de"stress psicológico.

Una tercera posiblidad frente al impacto de la noxa es que la reacción sea tan leve que escape a la detección (casos sub-clínicos). Cuales fuere la reacción original el resultado final puede ser la recuperación clínica, con o sin eliminación del agente, la muerte, o un estado de defecto o incapacidad del huésped, o un estado contínuo o de evolución prolongada (cronicidad) de la enfermedad.

En relación directa con el huésped se hallan sus hábitos y costumbres. Estas representan otras tantas formas adquiridas de reaccionar que puede facilitar o dificultar, en cierta medida, la aparición de la enfermedad; malos hábitos alimenticios o de reposo pueden disminuir resistencias frente a la acción de todo tipo de agente patógeno.

Por último precisa tener en cuenta las vulnerabilidades o predisposiciones constitucionales o genéticos que favorecen la acción de los más diversos agentes patógenos o noxas, por ej. la predisposición para la diabetes, la esquizofrenia, la depresión, etc.

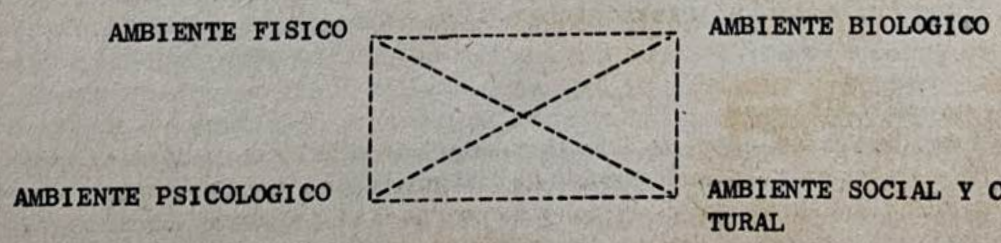
Al lado de esas vulnerabilidades endógenas de posble orígen genético tenemos las mayores o menores resistencias frente al "stress" psicológico.

3.- Factores ambientales en la ocurrencia de enfermedad. Una definición amplia es aquella que considera al ambiente como el agregado de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan la vida y el desarrollo de un organismo, el comportamiento humano, la vida y el funcionamiento de los grupos (familias, comunidad, etc.) De acuerdo a un punto de vista epidemiológico o ecológico el ambiente comprendería cuatro aspectos principales.

a) físico, b) biológico, c) socio-cultural, d) psicológico.

John E. Gordon propone una base para el estudio del ambiente como influencia sobre la enfermedad. Se trata de observar cómo esos cuatro aspectos obran sobre el huésped humano y el agente. Cuando el balance o influencia de uno o más de esos aspectos del ambiente están a favor del huésped humano, la ocurrencia de enfermedad se aleja o es menos probable.

Este planteamiento merecería complementarse teniendo en cuenta las interrelaciones reforzantes, en sentido negativo o positivo, de esos diversos aspectos del ambiente.



Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

Un ambiente social, en relación a bajo nivel socio-económico conlleva un ambiente físico inapropiado, reducido, que obra negativamente a su vez sobre el ambiente biológico y el sicológico, etc.

La Historia Natural de la Enfermedad y la Múltiple Casualidad.-

El quehacer médico, si es que se mantiene sobre bases científicamente naturales, ha de procurar un mayor rigor a fin de obtener una información válida, verificable, acerca de lo quele ocurre o sucede a una persona respecto de su salud. El diagnóstico clínico (término proveniente del griego: distinguir, conocer) se establece a través de una comprensión de la condición actual y del estudio de todos los factores que han conducido a dicho estado. El diagnóstico médico supone, así, necesariamente un estudio y análisis de la historia natural de la enfermedad de cada caso u objeto de la atención médica.

a) Las enfermedades, incluyendo los desórdenes psiquiátricos, no son entidades estáticas tienen una estructura temporal, resultan de procesos iniciados antes de que sea envuelta o comprometida la persona (período prepatogénico).

b) La enfermedad se define con el desequilibrio, trastorno o desorden de la salud (período patogénico de la enfermedad); en este período es posible describir una fase de inicio, un curso y un término. Este término puede ser o la recuperación de la salud, o un estado crónico (con mayor o menor limitación de la capacidad o la muerte).

Se denomina historia natural a la enfermedad a la combinación del período de patogenesis con el de pre-patogenesis.

1.- Período pre-patogénico.- En esta etapa los factores potenciales nocivos, los agentes patógenos o noxas, se encuentran en un determinado ambiente (físico, biológico, social, psicológico) que puede favorecer o no la interacción entre la noxa y el huésped humano. El matrimonio de dos portadores de genes condicionantes directa o indirectamente de enfermedad, favorece su aparición en la descendencia. Otros ejemplos son los matrimonios de dos portadores de fector Hh sanguíneo negativo, un trabajador expuesto, por no hallarse protegido, a la exposición de los vapores o partículas de plomo, el matrimonio de unceloso o de un neurótico severo resulta, vistas las cosas así, una posibilidad para que esté actuando como agente patógeno en la relación interpersonal, a través de sus actitudes negativas coercitivas o contradictorias, condicione reacciones emocionales intensas en el cónyuge, y luego en los hijos.

La herencia, factores sociales, culturales y económicos pueden crear así condiciones de enfermedad antes de que el huésped humano y al agente patógeno comienzen a interaccionar para producir la enfermedad.

2.- Período patogénico.-
Como decíamos éste se inicia desde las primeras interacciones entre agente y huésped. La enfermedad se diagnostica, generalmente, después de un período de incubación, y de otra parte las primeras manifestaciones o manifestaciones de inicio o prodrómicas no son siempre debidamente reconoci

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

das a tiempo. Muchos son los factores condicionantes de la enfermedad. Los elementos causales de la enfermedad pueden provenir de agentes de enfermedad vivientes y no vivientes, del ambiente humano o de dentro del hombre mismo. Estos factores deben examinarse en detalle si estas causas han de interceptarse y prevenirse su efecto patógeno.

Cuando alguna o todas las causas de una enfermedad se han determinado entonces se pueden tomar medidas para contrarrestar o interceptar esas causas.

I.- Eso puede ocurrir en el período pre-patogénico, lo que constituye la prevención primaria. En este caso las medidas incluyen promoción de una salud óptima, a través de medidas generales, o el establecimiento de protección específica frente a los agentes de enfermedad o estableciendo barreras en el ambiente. (Separación, tratamiento del progenitor neurótico, etc.)

II.- Tan pronto como se puede detectar la enfermedad se la puede detener o eliminar, por así decirlo, a través de tratamiento oportuno y adecuado. Esto es lo que constituye la prevención secundaria que tiene que efectuarse, para ser tal en sentido estricto, en las etapas iniciales del período patogénico.

III.-A medida que avanza el período de patogénesis el tratamiento posible que pueda ayuda a la recuperación, puede prevenir la aparición de secuelas y limitar la incapacidad, y aún más tarde si estas aparecen hay medidas que pueden contribuir a restaurar más o menos la capacidad funcional disminuída. Todas estas medidas destinadas a evitar o disminuir las limitaciones se asocian a la enfermedad en el período patogénico constituye la prevención terciaria.

Como Uds. pueden apreciar ahora este concepto de historia natural de la enfermedad, con el conocimiento de sus diferentes etapas y con la conciencia de lo que se puede hacer en cada una de ellas es el fundamento para la práctica de una Medicina Preventiva en los dominios de la Psiquiatría; práctica que es la de todos los días, con pacientes y sus familias.

La Historia Natural de los Desórdenes Psiquiátricos, Modalidades de su Curso.-

Podemos describir diversas variantes del curso de los desórdenes psiquiátricos atendiendo:

1.- Según su duración: ataques, fases, períodos, brotes y procesos.

a.- Cuando el curso normal de la vida psíquica se ve interrumpido por breves períodos (segundos, minutos, horas) de trastorno o perturbación psicológica o psicobiológica se habla generalmente de "ataques" por ejemplo: un ataque de tempestad de movimientos o hiperquinéticos en una reacción conversiva, un "ataque" convulsivo, o de agitación psicomotríz en un estado crespuscular epiléptico; se denomina ausencia a la breve interrupción (segundos) del curso de la conciencia en epilepsia.

b.- Se habla de fases cuando los trastornos duran considerablemente, para luego remitir, así tenemos fase depresiva de semanas o meses de dura-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ción, las fases distímicas, o cambios endógenos del estado de ánimo, de la epilepsia, sea depresivas, irritables o ansiosas, rara ves eufóricas y que pueden durar días o semanas,

c.- Cuando las fases vuelven regularmente con intervalos libres de trastorno psicológico se les denomina períodos, así, por ejemplo: cierto tipo de depresión endógena puede presentarse con intervalos regulares, igual forma de ocurrencia se observa en la catatonía periódica, etc.

d.- Se llama proceso al estado de trastorno de perturbación psíquica duradera, que surge en un determinado momento del curso normal de la vida psíquica, como en el caso de ciertos tipos de esquizofrenia, en estados demenciales.

2.- Siguiendo un criterio de inicio, duración y modo de terminación se puede clasificar la evolución o curso de los desórdenes psiquiátricos en:

a.- De evolución aguda limitada; en estos casos los trastornos desaparecen después de un tiempo mayor o menor, sin dejar secuelas; son pues reversibles, generalmente dependiendo de causas exógenas o situacionales; de este tipo son la mayoría de los sindromes cerebrales agudos, las reacciones agudas situacionales debidamente tratadas.

b.- De evolución progresiva; en estos casos el trastorno se inicia con síntomas intensos o turbulentos que se acentúan a medida que va pasando el tiempo. Dentro de este grupo caen algunos sindromes cerebrales crónicos y algunas formas de esquizofrenia de inicio agudo.

c.- De evolución insidiosa progresiva; de esta manera comienzan y continúan ciertas formas de esquizofrenias (simples paranoides) algunos sindromes cerebrales crónicos, por ejemplo los asociados a arteriosclerosis, enfermedad senil, etc.

d.- De evolución contínua con exacerbaciones intermitentes; dentro de este grupo debemos incluir las neurosis propiamente dichas; estas son el resultado de un proceso prolongado de stress psicológico, generalmente en la infancia o en la niñéz, cuyo inicio puede ser agudo o insidioso. Presentan un curso contínuo, con manifestaciones a nivel de la personalidad y agudizaciones o descompensaciones intermitentes en que se acentúa la angustia o la depresión y emergen claramente otros síntomas de la serie llamada neurótica (fobias, obsesiones, síntomas de conversión, disociativas, etc.)

e.- De evolución remitente (cíclico o intermitente. En este tipo de curso el trastorno desaparece espontáneamente o con un tratamiento que acorta su duración, volviendo comunmente o reapareciendo intermitentemente sea de manera irregular o periódica (trastornos cíclicos propiamente dichos); aquí se incluye los desórdenes esquizofrénicos que evolucionan intermitentemente con brotes o reagudizaciones, los trastornos cíclicos depresivos,los trastornos epilépticos, etc.

f.- De evolución crónica congénita o precoz. Se tienen aquí algunas formas de deficiencia mental familiar o de orígen congénito, y aún aquellos desórdenes cerebrales crónicos que se inician en la infancia o niñéz.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CLASIFICACION Y NOMENCLATURA DE LOS DESORDENES PSIQUIATRICOS

Dr. Humberto Rotondo

DOMINIOS DE LA PSIQUIATRIA

De una manera amplia los dominios de la Psiquiatría se confunden o superponen con los de la Medicina en general pues no deja de haber algún aspecto o componente psicológico mayor o menor, en todoas las enfermedades, o en relación a cualquier limitación somática, por ejemplo en enfermedades crónicas incapacitantes (cardiopatías, neumapatías, etc.), en limitados sensoriales y motores (sordos, paralíticos, amputados, etc.) si no se ha efectuado la debida rehabilitación.

Esta formulación, evidentemente muy general, requiere de una mayor especificación. Se distinguen así una serie de subgrupos dentro del gran conjunto mencionado:

1.- Desórdenes o trastornos con sintomatología predominantemente psicológicas y de etiología diversa, por ejemplo los desórdenes cerebrales crónicos o agudos debidos a causas somáticas o exógenas, los desórdenes neuróticos en relación a conflictos intrapsíquicos crónicos, los desórdenes psicóticos (reaccionesafectivas, esquizofrénicas, paranoides), condicionados más bien por factores endógenos, etc. Es decir una variedad de trastornos, de muy variada etiología, pero que tienen principalmente síntomas mentales.

2.- Un subgrupo en que factores psicológicos, parcialmente, condicionan una enfermedad somática o pueden ser un factor agravante o de exacerbación por ejemplo resentimiento o cólera en hipertensión arterial, angustia en un paciente con úlcera péptica o trombosis coronaria, etc.

3.- Un subgrupo en que las manifestaciones psicológicas, aparecen de manera comprensible, como una reacción ante enfermedades agudas, intervenciones quirúrgicas, enfermedades crónicas, vividas como amenazantes, limitantes o comprometedoras de la propia integridad y valor personal, por ejemplo la angustia experimentada por un paciente con una insuficiencia aguda cardíaca, o el estado depresivo que puede asociarse a una enfermedad de larga evolución o de significación especial, como la tuberculosis o cáncer.

4.- Asímismo pueden haber factores psicológicos que interfieren en la necesaria elaboración para los cuidados y tratamientos como es el caso de aquel que "niega" o minimiza su enfermedad y no modera y ordena su régimen de vida o aquel que coloca su propio juicio, por encima de aquel del médico y modifica dosis, suspende tratamientos, etc.

Un documentos conjunto de la Médica Americana y de la Psiquiátrica Americana, a este propósito merece ser citado por su claridad al delimitar frente a otras disciplinas el campo de la Psiquiatría: a la que "conciernen las enfermedades que tienen principalmente síntomas mentales.... y "además le atañen las causas mentales (o agravantes de las enfermedades físicas, debiendo reconocerse que así como los síntomas físicos pueden tener una causa mental los síntomas mentales pueden tener una causa física..." "Para hacer justicia al paciente se requiere una capacidad para hacer un diagnóstico y para prescribir un tratamiento apropiado. El diagnóstico, a menudo, requiere la habilidad pa-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ra comparar y contrastar varias enfermedades y desórdenes que tienen síntomas similares pero causas muy diferentes".

CLASIFICACION Y NOMENCLATURA TEORIA Y DEFINICIONES.-

Al señalar los dominios de la Psiquiatría hemos partido de conjuntos muy generales en cuanto a características para enseguida pasar a enumerar grandes subgrupos o sea empezamos a clasificar o sea establecemos clases o categorías con ciertos denominadores o características comunes.

Se define la clasificación como un proceso de ordenar la experiencia anotando las similaridades entre los individuos, estableciendo categorías o clases conforme a ciertos principios. Si bien el quehacer médico fundamental se centra en el paciente individual y su situación, atendiendo a sus características únicas (métodos clínicos), aplica en forma pertinente los conocimientos adquiridos al estudiar "casos" similares, sobre la base de un trabajo de abstracción y de generalización.

En Medicina científica obligadamente clasificamos o sea usamos una clasificación de las enfermedades ó trastornos a las que designamos o llamamos de una manera distintiva, es decir, al mismo tiempo, empleamos una determinada nomenclatura.

La nomenclatura se define como una colección de términos y de sus definiciones. La clasificación es un arreglo ordenado de enfermedades de acuerdo a sus peculiaridades o características, a las que denominamos de una manera clara y distintiva. Requisitos de toda nomenclatura científica son la exactitud y uniformidad de las definiciones, lo que permite una mayor efectividad en la comunicación de las experiencias y una mejor comparación de hallazgos clínicos y epidemiológicos. En la ciencia y por ende en Medicina, incluyendo por tanto a la Psiquiatría, no nos podemos entender sin una definición clara y firme de las palabras.

Una clasificación científica supone el establecimiento de "categorías mutuamente exclusivas y colectivamente exhaustivas "basadas en las características más importantes de las personas, situaciones o cosas que categorizamos (clasificación natural). En cambio, una clasificación artificial es una puramente convencional o arbitraria, como es el caso de una clasificación de plantas de acuerdo a sus valores médicos o el de una clasificación de trastornos psiquiátricos conforme a su peligrosidad para la colectividad.

En el estudio de la historia natural de las enfermedades o accidentes es básico el proceso de clasificacion o sea la ordenación de los hechos a fin de descubrir las relaciones entre ellos, no importando, por el momento, que no nocozcamos sus causas. En Medicina clasificaciones descriptivas han procedido, incluso, al conocimiento de las respectivas etiologías y han permitido aún así medidas preventivas.

Las clasificaciones son ordenamiento de las cosas en grupos, de modo que los miembros de un grupo pueden ser distinguidos o diferenciados, de los otros. El propósito de la clasificación es simple: si bien no es posible hacer generalizaciones a partir de un caso individual cuando se consideran casos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

similares, en grupo, si si pueden establecer. El estudio de los casos en "grupo" puede conducir a generalizaciones que son: 1.- Explicación del origen o historia natural del "grupo". 2.- Elementos de predicción de los cambios que el "grupo" puede sufrir con el pasaje del tiempo. 3.- Estas generalizaciones pueden ser tanto explicativas como predictivas o pronósticas. El ordenamiento de personas enfermas o incapacitadas en grupos o clases, hecho de modo que los miembros de un grupo o clase puedan ser distinguidos de los miembros de otro grupo o clase, con respecto a criterios específicos conectado con la enfermedad de cada individuo, es esencial para el concepto de enfermedades o incapacidades separadas.

Un grupo de personas así clasificadas se dice que sufren de la enfermedad A o de la incapacidad A. El estudio de un grupo como ese puede conducir a generalizaciones de importancia terapéutica, epidemiológica y preventiva.

Los criterios por los cuales los miembros de un grupo se distinguen o diferencian de los de otros dependen, por supuesto, del conocimiento y las técnicas disponibles. Por el momento se utilizan dos tipos distintos de criterio para delimitar una enfermedad o una incapacidad de otra:

1.- El criterio de las manifestaciones, descriptivo o fenotípico.- De acuerdo a este criterio se agrupa o categoriza a las personas enfermas de acuerdo a la similitud de varias manifestaciones de la enfermedad presentes simultáneamente, tales como síntomas, signos (cambios en los líquidos, en los tejidos, y funciones psicológicas, pensamiento, conducta) o sucesivamente así se clasifican casos de hipotiroidismo, resfrío común, esquizofrenia, depresiones, etc.

2.- El criterio etiológico o de la experiencia.- Aquí el agrupamiento de las personas enfermas depende de la similitud con respecto a un grupo especificado de experiencias que empezó en el tiempo que precedió a la enfermedad y que a menudo se denomina,con cierta libertad"la causa" de la enfermedad. Ejemplos de esta clasificación atendiendo a un probable factor etiológico son: nacimiento difícil, catástrofe, pérdida de "objetos" valiosos y significativos, inhalación de vapores o partículas de plomo, etc.

En la mayor parte de los casos e sraro encontrar una exacta correspondencia al aplicar separadamente los dos tipos de criterio. Esta falta de completa concordancia parece resultar de dos hechos: 1) Una experiencia singular específica (escogida dentro de la entera red causal) generalmente tiene efectos polimorfos y, 2) a veces una manifestación determinada, por ejemplo la correspondiente a sindrome cerebral agudo-trastorno de conciencia y ruina de la configuración o a sindrome cerebral cronico - déficit intelectual - pueden originarse por experiencias diversas (tóxicas, mecánicas, infecciosas),

Los grupos identificados por cualquiera de los dos criterios pueden ser apropiadamente considerados como entidades de enfermedad o de incapacidad. En ambos casos, sin embargo, las entidades no son los objetos tengibles - las personas enfermas - de los cuales han sido derivados, sino que son conceptos abstractos cuyos límites pueden ser revisados a voluntad dependiendo del propósito especial que se persigue.

En relación a las clasificaciones etiológicas en lugar de las categorías descriptivas existentes lo siguiente parece ser pertinente:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

1.- Las manifestaciones deben ser de naturaleza tal que parezca probable la existencia de una asociación causal con la experiencia especificada aunque las manifestaciones puedan parecer diversas por el hecho de englobar porciones de varias entidades descriptivas aceptadas.

2.- La experiencia debe ser seguida regularmente por efectos indeseables sobre la salud.

3.- La entidad etiológica o experiencial debe mostrar la posiblidad de una atención terapéutica especial y de intervenciones de tipo preventivo.

Se ha hablado de la clasificación en Psiquiatría como una actividad estática o estéril sea con respecto al diagnóstico del individuo enfermo o cuando se ha buscado relaciones entre grupos de diagnóstico. El progreso en la clasificación "natural" de los desórdenes psiquiátricos ha sido lento pero no debe descuidarse y considerarse como inútil. A comienzos de siglo habían una profunda confusión ente psicosis orgánicas y funcionales y entre éstas y las deficiencias mentales, especialmente cuando habían manifestaciones de regresión o de deterioro. La neurosis no se dilimitaban claramente de los desórdenes neurológicos y las depresiones y esquizofrenias se confundían.

CRITICAS.-

Se han planteado algunas críticas frente a los intentos de clasificacion de los desórdenes psiquiátricos. Se ha dicho así:

1.- Ningún sistema de diagnóstico o de nomenclatura es útil: los desórdenes psiquiátricos son un asunto completamente individual; debe excluirse todo agrupamiento significativo en categorías y

2.- Debido a que el sistema actual de clasificación de los desórdenes psiquiátricos en parte es un sistema de clasificación descriptiva y en parte otro de explicación explicativa o etiológica debe abandonarse y reemplazarse por otro basado en un ejemplo simple de clasificación. Sin embargo un cierto ordenamiento provisional es ineludible.

No se puede sostener en la actualidad que la enfermedad mental sea una solo entidad. Esta es la teoría de la piscosis unitaria o única, sostenida en la actualidad por Karl Menninger. Esta tesis es refutada por estudios de tipo evolutivo o longitudinal que no comprueban la existencia de un solo tipo de trastorno con fronteras fluídas y transiciones obligadas, al darse ciertas condiciones de desorganización, de un tipo a otro de trastorno. A este respecto merecen citarse los estudios de T. A. Ross sobre pronóstico de neurosis seguidos durante muchos años se verificó que sólo 23 habían tenido algún episodio psicótico definido. Esto indicaría que psicosis y neurosis, evidentemente no son diferentes grados de un mismo proceso. De acuerdo a una posición denominada de "discontinuidad" las neurosis y psicosis serían cualitativamente diferentes, y no se continuarían entre sí. Confirmando este planeamiento hay mucha evidencia acerca de una clara diferencia en cuanto a la forma de responder a las diferentes clases de tratamiento, por ejemplo entre tres clases de casos funcionales (neurosis, depresiones y esquizofrenias); así las depresiones responden mejor al tratamiento antidepresivo, las neurosis a la psicoterapia profunda, las esquizofrenias a la llamada medicación antipsicótica fenotiazínica.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Hasta el momento el diagnóstico diferencial sirve para identificar pacientes con una respuesta similar al tratamiento y permite buscar otras relaciones y diferencias significativas. La declaración de que no importa el diagnóstico a fin de tratar pudo ser válido en otra época cuando no había virtualmente tratamiento.

SISTEMAS CLASIFICATORIOS ACTUALES.-

Los sistemas clasificatorios se han establecido sobre ejes o dimensiones múltiples. Los grandes grupos son los siguientes de acuerdo a la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana.

I.- DESORDENES CEREBRALES

1.- Agudos
2.- Crónicos.

II.- DEFICIENCIA MENTALES

III.-DESORDENES DE ORIGEN PSICOGENO O SIN CAUSA CLARAMENTE DEFINIDA O CAMBIO ESTRUCTURAL DEL CEREBRO.

1.- Desórdenes psicóticos
2.- Desórdenes psicofisiológicos autonómicos y vescerales.
3.- Desórdenes psiconeuróticos.
4.- Desórdenes de la personalidad.
5.- Desórdenes situacionales transitorios de la personalidad.

Algunos de los desórdenes cerebrales se basan en la etiología, por ejemplo las parálisis general progresiva, ciertas encefalitis; otros se clasifican de acuerdo a la neuropatología (arterioesclerosis cerebral), otros se vinculan a los cambios de la edad (psicosis senil, psicosis involutiva).

En otros rubros como en los llamados desórdenes de la personalidad el comportamiento es el decisivo para la clasificación. Los llamados desórdenes esquizofrénicos y afectivos incluídos dentro de los desórdenes psicóticos en el grupo III se clasifican atendiendo a ciertas experiencias íntimas comunicadas (síntomas) y a algunas formas de comportamiento. El diagnóstico de déficit o retardo mental se hace teniendo en cuenta la edad de inicio y el grado de capacidad mental.

Sin embargo cualquier caso puede caer en diferentes ejes o criterios de clasificación y en este sentido las categorías se superponen y no son mutuamente exclusivas, aunque como veremos después algunas tienen, con respecto a otras, mayor jerarquía diagnóstica. Así daño cerebral puede coexistir con sintomatología de tipo esquizofrénico o con desorden del comportamiento; la deficiencia mental con psicosis o con desorden del comportamiento.

Sin duda alguna el sistema actual clasificatorio es artifical. Su valor se halla en que ha permitido diferenciar algunos grupos de trastornos que tienen una semejante historia natural o evolución y una misma respuesta al tratamiento, aún cuando, por el momento no se conozca mucho de su etiología.

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

PRINCIPIOS DE PSIQUIATRIA PREVENTIVA

Dra. Ethel Bazán Vidal

INTRODUCCION.-

Cuando hablamos de prevención en psiquiatría nos orientamos hacia la aplicación de la teoría y métodos de la medicina preventiva particularmente los conceptos de "salud mental", "higiene mental", incorporados en cursos regulares de Salud Pública desde hace más de 20 años; sin embargo, recién hace pocos años los psiquiatras dan forma, en su campo, y tratan de definir los aspectos preventivos. El avance de la psiquiatría en los últimos años permite clarificar la problemática preventiva, aún cuando existen muchas dificultades debidas a las afecciones de etiología desconocida.

La sola mención de salud mental, higiene mental, enfermo mental, psiquiatría, confunde el panorama y es necesario limitar las áreas conceptuales.

La salud mental se ha definido de muchas maneras, lo más sencilla es aquella que considera como "un campo amplio que abarca todos los problemas psicosociales y las medidas encaminadas a la busca de una vida más plena" (Roberts Ch.)

Higiene mental es el "conjunto de medidas que conducen a la conservación de la salud mental". La frase higiene mental tiende a desaparecer, fué y es utilizada aún, como parte de la promoción de salud en Salud Pública.

Enfermo mental o enfermedad mental se puede considerar de modo simplista y por oposición como la pérdida de la salud mental o alteración de la misma. La asociación frecuente de los términos con los de locura, alienación, y su consiguiente connotación prejuiciosa nos permite utilizar mejor la terminología de desorden psiquiátrico o afección psiquiátrica, especialmente en programas educativos.

Psiquiatría es la especialidad médica que se ocupa de las enfermedades o desórdenes de la mente con predominancia de síntomas "psíquicos". Debemos precisar el concepto anterior debido a la frecuencia con que se ha incriminado a la psiquiatría una serie de orientaciones, actitudes, posturas, etc. que salen del campo estrictamente médico; para ser más explícito, en la confusión reinante a la confusión que pueda promoverse, se asocia la salud mental, concepto muy amplio, con el de la psiquiatría en sí. La salud mental no implica una limitación exclusivista del psiquiatra, es la resultante de factores y acciones muy diversas, donde participan variadas especialidades médica, la medicina en general, sociología, entropología, educación, etc. etc.

DEFINICION DE PSIQUIATRIA PREVENTIVA.-

En la introducción esbozamos en forma difusa la definición, para mayor claridad tenemos que definir antes otros conceptos, como los de medicina preventiva, para derivar por secuencia lógica los conceptos pertinentes.

Medicina preventiva "es la ciencia y arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y pomover la salud y la eficiencia física y mental", por:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

a) La acción de grupos y comunidad organizada (Salud Pública).
b) Mediante el cuidado del paciente y su familia (Práctica médica en general).

De lo anterior se deduce que todo médico, cualquiera sea el campo de su acción, proponiéndoselo o no, hace y debe hacer medicina preventiva. El médico integral con formación psiquiátrica no escapa a esta regla.

Psiquiatría preventiva se puede definir conceptualmente como la medicina preventiva aplicada al campo psiquiátrico.

Todo lo indicado dá la razón a la sentencia de Lemkau: "Toda prevención de enfermedad evita la enfermedad mental; todo tratamiento terapéutico tiene como finalidad prevenir la complicación psiquiátrica de la enfermedad".

Otra definición, delimitada por Caplan dice:

La Psiquiatría preventiva es un cuerpo de conocimientos profesionales tanto teóricos como prácticos que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para:

1.- Reducir la FRECUENCIA en la comunidad de las afecciones mentales de todo tipo. (Prevención Primaria).

2.- Reducir la DURACION de un número significativo de trastornos que se presentan (Prevención secundaria).

3.- Reducir el DETERIORO que puede resultar de aquellos trastornos (Prevención terciaria).

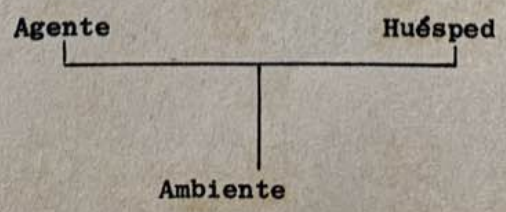
Una definición utilitaria y pregmática dice: Psiquiatría preventiva puede considerarse como una ACTITUD MEDICA que permite comprender la variedad de factores etiológicos que intervienen en las enfermedades y desórdenes mentales y la puesta en marcha de medidas para llevar a la práctica una efectiva prevención primaria, secundaria y terciaria.

HISTORIA NATURAL DE LAS AFECCIONES MENTALES Y NIVELES DE PREVENCION.-

(Ver los anexos al final del capítulo).

Todas las enfermedades tienen su historia natural y las psiquiátricas no escapan a estos esquemas. Tienen un inicio, un curso que les son propios, como otras entidades médica; pero, se asimilan en lo general a todas ellas.

En la etapa pre-patogénica, antes que el individuo enferma, recordamos que intervienen el:



Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La interacción de estos tres factores determina un equilibrio en la "balanza" del esquema anterior, una alteración de dicho "equilibrio" tiene como resultante la enfermedad. Esta explicación es perfectamente válida para afecciones de etiología conocida y no conocida y se aplica íntegramente a las psiquiátricas.

Como ejemplos que alteran este equilibrio en psiquiatría, tenemos:

Agente: es el caso de los sindromes orgánicos cerebrales, donde el agente orgánico altera elequilibrio produciendo la enfermedad.

Huésped: tenemos al alcoholismo (aceptando la complejidad del cuadro, donde tiene gran importancia el factor agente alcohol, para claridad de lo expuesto apreciamos que no todos los individuos expuestos al agente enferman, lo hace un grupo en función del factor anunciado-huésped (se tiene evidencia de ciertos individuos con enzimas atípicas que favorecen el metabolismo del alcohol que los harían resistentes a contraer la enfermedad de Jellinek). No debemos olvidar que en la citada enfermedad intervienen poderosamente los factores ambientales. En última instancia en esta afección juegan los tres factores.

Ambiente: como ejemplo tenemos a los desórdenes situacionales. La situación en la que se encuentra rodea la persona, por así decirlo, determina la aparición de desórdenes de la vida psíquica, al cambiar la situación los síntomas desaparecen.

Factores etiológicos, hacemos referencia a este punto para, enfatizar en la variedad de factores etiológicos que intervienen en las afecciones psiquiátricas; sin embargo, para mayor rigor científico debemos recurrir a Gruenberg sobre etiología de las afecciones mentales quien nos muestra un cuadro significativo y es el siguiente:

Afecciones de etiología conocida:

1.- Intoxicación por drogas.
2.- Afecciones fetales, durante la infancia y otras edades.
3.- Afecciones genéticas.
4.- Afecciones nutricionales.
5.- Afecciones traumáticas.
6.- Afecciones de enfermedades sistémicas.

Afecciones de etiología desconocida o no conocida:

1.- Esquizofrenia Psicosis maniaco depresiva.
2.- Afecciones psiconeuróticas.
3.- Arterioesclerosis y demencia senil.
4.- Reacciones psicofisiológicas.
5.- Alteraciones de la personalidad.
6.- Adicción como problema general.
7.- Afecciones de etiología claramente desconocida.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ESQUEMA DE LOS NIVELES DE PREVENCION.-

ETAPAS	ACTIVIDADES	NIVELES DE PREVENCION
Pre patogénica	Promoción de Salud Protección Específica	PREVENCION PRIMARIA
Patogénica	Diagnóstico Precóz Tratamiento Oportuno	PREVENCION SECUNDARIA
	Limitación de la Incapacidad Rehabilitación	PREVENCION TERCIARIA

PREVENCION PRIMARIA.-

De acuerdo a la definición operativa de Caplan la prevención primaria trata de reducir la frecuencia de las afecciones de todo tipo en la comunidad, de ello se desprende que las acciones se darán en la COMUNIDAD y por lo cual dichas acciones serán factibles en tanto se vayan conociendo los factores etiológicos y la etiología en particular de las afecciones psiquiátricas. Aún cuando lo anterior tuviera un tinte pesimista, no hay tal, si se tiene en cuenta que para la esquizofrenia, por ejemplo, podemos utilizar muy bien el nivel de prevención secundaria; además, hay un modelo conceptual que fué aceptado por el Congreso de Psiquiatría Infantil de 1962, en que se subrraya la importancia de actuar a la altura de los factores ambientales, particularmente la provisión de aportes, adecuados a las diferentes etapas de la vida, especialmente del cremiento y desarrollo, estos aportes pueden ser de tipo FISICO, PSICOSOCIAL Y SOCIOCULTURAL. Los aportes físicos comprenden la alimentación, vivienda, estímulo sensorial, oportunidades de ejercicio, etc. Los aportes psicosociales "incluyen la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de una persona por interacción personal con los miembros significativos de la familia y con los iguales y superiores de la "escuela, trabajo, iglesia" (Caplan), las necesidades psicológicas serían de amor, seguridad, control, protección, independencia, orientación, en dosis adecuadas a la edad y situación. Los aportes socioculturales incluyen los valores, las costumbres, la cultura misma con sus roles, la esturctura social, que modelan en su oportunidad la personalidad.

La provisión de aportes mencionados nos lleva a considerar suscintamente su significación en las CRISIS VITALES, y las crisis evolutivas. Las últimas tienen como ejemplo las etapas de cambio en la vida de los individuos, la necesidad de nuevas adaptaciones, el ingreso a la escuela, el inicio profesioanl, el matrimonio, la llegada de un vástago etc. etc., situaciones que en muchos casos han necesitado de aportes previos para superarlos, en otros, aportes en el momento de la crisis.

Evidentemente en las CRISIS hay que precisar sus características, los factores que influyen en el desenlace (situación y percepción de la situación), las influencias socioculturales, de la familia,de miembros claves de la comunidad, de profesionales etc. que pueden contribuir a su mejor enfrentamiento y

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

solución.

Para la PROGRAMACION en Prevención Primaria, Caplan sugiere la

1.- Acción social
2.- Acción interpersonal.

La acción social para la provisión de aportes físicos, psicosociales y socioculturales. Labor de comunidad organizada o a organizarla, con participación de una gama de profesionales y otras personas significativas. Es la acción de líderes, educadores, religiosos, autoridades, etc. etc. De modo práctico acción social para la solución de las crisis.

La acción interpersonal es la dirigida a enfrentar la crisis a nivel de los profesionales que tienen mayor cercanía con aspectos de la salud, la salud mental. Es el enfrentamiento directo a la situación, cara a cara, con las personas implicadas; también la participación de profesionales alejados de la salud; pero, cuya acción puede ser decisiva en la solución de la crisis, pero también el buen vecino, el compadre o el padrino, etc.

Siguiendo el esquema de NIVELES DE PREVENCION, debemos resumir que las acciones en general se pueden encasillar en los siguientes rubros:

1.- Promoción de Salud con acciones directas, esencialmente educativas (Somo se indicó en situaciones o para situaciones de crisis).

2.- Protección Específica

a) del sistema Nervioso
b) de la estructura de la personalidad.

En la formación del médico integral cobra una importancia de primer orden la comprensión de lo que estamos tratando; pues, el médico puede muchas veces ser un agente o noxa yatrogénico) de afección psiquiátrica, básicamente por mal uso de su ciencia, incapacidad o negligencia, ejemplos claros son: el uso indiscriminado del forceps, un inadecuado control pre-natal, etc. que pueden determinar daño cerebral mínimo; además todas las acciones médicas en el curso de la vida de los individuos, supuestos sanos (recuérdese que estamos en prevención primaria, a nivel pre patogénico).

Los éxitos de la prevención primaria para el médico, cualquiera sea su especialidad, se halla en el buen uso de su ciencia y la constante superación de su quehacer profesional; además, de los avances en la investigación científica para descubrir la etiología de las tantas afecciones de causa no conocida.

Se han dado fracasos en prevención primaria según Cummings, en lo que se llamó educación para la salud mental positiva, los programas de higiene mental con base utópica de fortalecer la personalidad para hacerla inmune a la enfermedad, esfuerzo inútil si sabemos y repetimos que desconocemos mucho sobre etiología.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PREVENCION SECUNDARIA.-

La reducción de la duración de un número significativo de casos que presentan conlleva un hecho lógico de la mayor importancia, el USO OPTIMO DE LOS RECURSOS EXISTENTES, ello cobra mayor valor y se hace prioritario en el Perú por cuanto somos un país donde los psiquatras son pocos, no pasan de 160 (1971), y por lo tanto la responsabilidad de hacer prevención secundaria recae en la buena formación y capacitación del médico integral, quien aún, laborando en el lugar más apartado del país podrá actuar en actividades de:

A.- DIAGNOSTICO PRECOZ
B.- TRATAMIENTO OPORTUNO

1.- Referencia oportuna si es posible (Al especialista).
2.- Interconsulta, consultoria o asesoría (en la medida de las circunstancias y posibilidades).
3.- Seguimiento.

Las 3 últimas a desarrollarse en el futuro y cuyas primeras muestras se encuentran el Programa de Psiquiatría en la Comunidad, extensión del trabajo del Hospital Hermilio Valdizán en Pueblos Jóvenes (Rotondo-Bazán-Gaviria-Mendoza-Fernañdez-García-Monge-Arévalo).

Se ha pretendido que la Prevención Secundaria pudiera ser sólo de incumbencia del psiquiatra, y es un campo de acción en que puede y debe intervenir el médico con todo el equipo de salud.

De modo particular se puede programas actividades de prevención secundaria para determinados grupos, niños, adolescentes, ancianos, puerperas, migrantes, etc. etc. de acuerdo a lo que consideremos riesgo de enfermar.

El diagnóstico precoz se hará no sólo con la participación del médico, sino del equipo de salud y la comunidad misma; pero, será el médico el mayor responsable por su condición de tal al hacer el diagnóstico precóz, para ello deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

a) Perfeccionar el diagnóstico de tal modo que la afección pueda identificarse a partir de pocos y leves signos y síntomas objetivables.
b) Investigación en los sospechosos con la colaboración del equipo de salud y en ocasiones de voluntarios previamente entrenados. (Se dá el caso ya en los alcohólicos).
c) Desarrollar o fortalecer los recursos para que el diagnóstico se haga sin demora.

Estamos lejos aún de tener medios de diagnóstico como el foto-roengten de la tuberculosis, abrigamos la esperanza que en el futuro puedan haber medios de laboratorio que detecten casos incipientes.

Actualmente nos apoyamos en el juicio clínico de todo médico, debiendo el médico integral con formación psiquiátrica desarrollarlo al máximo, mucho más aquel que tiene una actitud preventiva.

Se puede, teóricamente, usar ciertos test como el MMPI y otros; pero, son medios que no pueden en nuestro medio aplicarse más que en sectores reduci

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dos y no en grandes poblaciones; además, que no están standarizados para nuestro país.

Hay algo que es necesario subrrayar y es la importancia de la educación para el cambio de actitudes frente a los desórdenes psiquiátricos y eliminar los prejuicios tales como: la vergüenza, la idea de tara, etc. que hacen que los pacientes lleguen muy tarde a la consulta médica y no pueda hacerse un tratamiento oportuno.

Tratamiento oportuno, el tratamiento debe ser oportuno como se indica y además debe ser eficáz, ello quiere decir que debemos disponer de los conocimientos y medios terapéuticos adecuados para los caso. Hecho el diagnóstico ha de aplicarse la inmediata terapia, de nada servirá hacer un diagnóstico si no va acompañada de una terapia rápida, sin ella como es sabido el paciente pasará a la cronicidad y tendremos mayores dificultades para la recuperación y rehabilitación. Es criticable desde todo punto de vista las "listas de espera", muchos de esos casos más tarde, en días o semanas, serán problemas mayores.

Es oportuno mencionar como crítica constructiva el hecho de que ciertos grupos, o psiquiatras, sobrevaloren determinadas técnicas de tratamiento y que por su naturaleza hacen perder tiempo, cuando con medios más simples, de tipo farmacológico y de psicoterapia breve, generalmente efectiva y otros se puede solucionar más rápida y eficazmente las situaciones terapéuticas.

También debe someterse a la crítica la actitud de ciertos administradores en Salud, cuya visión un tanto imcompleta no permite, por ejemplo, contar con servicios de psiquiatría en muchos hospitales generales, contraviniendo recomendaciones de organismos como la OMS que estipulan un 10% de camas para pacientes psiquiátricos en hospitales generales.

PREVENCION TERCIARIA.-

La prevención terciaria está orientada a reducir el deterioro de los casos ya bien definidos, procura limitar la incapacidad y rehabilitar o sea restaurarlas capacidades menguadas.

La prevención secundaria bien ejercitada es el paso obligado para limitar la incapacidad, lograr la menor incapacidad posible para el trabajo, la vida social y de familia.

La rehabilitación ha sido preocupación de los psiquiatras desde hace varias décadas; pero, es ahora, con el advenimiento de las nuevas formas de terapia, en que se ven logros en este campo, tanto, que pacientes con más de 15 ó 20 años han vuelto a la productividad.

Rehabilitar es hacer que el paciente vuelva a ser útil a sí mismo y a la sociedad. La rehabilitación comienza con el diagnóstico, continúa durante todo el proceso de la enfermedad y esta acción disminuye o elimina la incapacidad. Desde que se hace el diagnóstico de enfermedad, se hace también el diagnóstico previo ocupacional y de trabajo lo cual servirá para formular planes individuales y de grupo con fines de vuelta a la productividad. Esta etapa no se queda en el Hospital o la acción del consultorio externo, se necesi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ta la acción de la comunidad, la cual recibirá en su seno al ex-paciente como miembro activo y productivo. La actitud de resistencia es tal en este sentido, que hay países como Inglanterra que tienen en su legislación la obligatoriedad en los centros laborales de aceptar hasta un 10% de ex-pacientes. En nuestro país, actualmente, sumada a la desocupación, se agrega lo difícil que es lograr que un paciente vuelva al trabajo; pero, aún así, actualmente tenemos mayores logros que en décadas anteriores, lo menos que conseguimos, es que el paciente vuelva al hogar y pueda ser útil a sus familiares, aún en labores muy simples.

Para facilitar la rehabilitación es necesario luchar contra los prejuicios, del valor terapéutico del descanso total tener ayuda de tipo social, evitar el hospitalismo o la neurosis institucional y los serios problemas de incapacidad claramente descritos por Rotondo con la clasificación de la desorganizaicón de la personalidad, desocialización, deterioro y regresión, y, cuyas manifestaciones son la fragmentación, menores contactos, pérdida de la eficiencia y comportamiento primitivo.

Hay un hecho trascendente, la segregación familiar del paciente, cosa que se vé mucho mejor en pacientes hospitalizados que son abandonados, o no los visitan regularmente.

Para una efectiva rehabilitación es necesario que la comunidad tenga los recursos a tal fin, instituciones, recursos financieros, personal, capacitación y educación, clubs o instituciones de transición. (En nuestro medio el Club de Abstemios), el apoyo de un centro médico o psiquiátrico para situaciones de brotes o recaídas y su pronto apoyo.

Cummings precisa que los fracasos de la rehabilitación se deben:

1.- Conflicto entre las creencias sociales y médicas. Los prejuicios, actitudes negativas, mala formación o ninguna información.

2.- Fracasos científicos por no apreciar los diversos factores etiológicos. Posición unilateral y a veces fanatizada de algunos grupos médicos.

3.- Estrategia de trabajo clínico mal conducido, con selección inadecuada de pacientes, aumento innecesario de tiempo en la hospitalización etc.

POSIBILIDADES DE PSIQUIATRIA PREVENTIVA EN EL PERU.-

El Ministerio de Salud ha dado cifras o estimados globales que vamos a reproducir:

Para una población redondeada de 12 millones de habitantes, se estima un 12.3% de problemas psiquiátricos, cifra conservadora si se tiene en cuenta que en países industrializados llega al 16%.

Este 12.3% se repartiría así:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

4 %	Deficientes mentales	478,000
2.5 %	Problemas de conducta escolar	300,000
2 %	Epilepsia	240,000
2 %	Alcohólicos	240,000
0.5 %	Psicóticos	60,000
1.5 %	Neuróticos	180,000
12.5		1'500,000

Debemos agregar a los daros anteriores 1'000,000 de coqueros, 4% de las emergencias son de intento de suicidio y suman 20,000 al año. Las detenciones en comisarias tienen un 60% de problemas de personalidad.

No tenemos Planes a Nivel Nacional en relación a Psiquiatría Preventiva.

A nivel local podemos referir nuestra experiencia en el Hospital Hermilio Valdizán, sumariamente precisamos los puntos siguientes:

1.- El Hospital tiene una política de trabajo con objetivos claramente definidos de tipo preventivo, con énfasis en prevención secundaria, terciaria y primaria.

2.- Desarrolla actividad docente - Universitaria, Enfermería, Post-Grado, S. Sociel, etc.

3.- Tiene Programas de trabajo mínimos: De Alcoholismo, Terapia Ocupacional.

4.- Desde noviembre de 1970 desarrolla un Programa de Psiquiatría en la Comunidad, con objetivos claros de tipo preventivo con énfasis en segumiento, consultoría, interconsulta. Este programa se desarrolla en las Zonas deComas, Equipo A y Ciudad de Dios Equipo B.

5.- El Hospital funciona teniendo como eje de sus actividades de rutina en lo que se denomina COMUNIDAD TERAPEUTICA.

6.- Se han desarrollado y desarrollan actividades de investigación de corte netamente preventivo - Tesis y publicaciones de Rotondo H., Sánchez E., Del Pozo T., Gaviria M., Navarro R., Villanueva H., Shen W., Almeida M., Bazán E. y otro personal médico de Enfermería, Servicio Social, Educación Familiar, Psicología, etc.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

GUIA PARA EL ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO CLINICO

Epidemiología.- Ciencia que trata de los factores y condiciones que determinan la ocurrencia y distribución de la enfermedad, salud, defecto, incapacidad y muerte en las poblaciones.

Clínica.- Sistema de pensamiento o método aplicado al individuo enfermo y cuya finalidad es establecer el diagnóstico e instituir el tratamiento.

EPIDEMIOLOGIA CLINICA.-

Es la comprensión epidemiológica a partir del individuo enfermo, tomando al grupo primario: LA FAMILIA.

- Desde el punto de vista operativo estudia la familia en sus diferentes variables: físico, social, biológico, psicológico, así como las interrelaciones correspondientes.

- Puede la epidemiología clínica tomar grupos mayores: fábrica, centros de trabajo, etc., en sus relaciones ecológicas íntimas.

- Desde el punto de vista formativo la epidemiología cínica llena un vacío entre la epidemiología y la clínica (Epidemiología: estudio de las grandes masas humanas; clínica: estudio del individuo enfermo).

OBJETIVOS GENERALES.-

1.- Lograr que el alumno tenga una comprensión de la afección psiquiátrica tomando en cuenta las circunstancias de la vida familiar correlacionadas.

2.- Permitir el alumno la oportunidad de hacer un estudio epidemiológico en un grupo pequeño como experiencia formativa.

3.- Integrar los conocimientos médico psiquiátricos con la labor de otros profesionales.

4.- Integrar el conocimiento y la práctica médica de modo general con especial énfasis en la interpretación y orientación de la familia.

5.- Aplicar los resultados del estudio epidemiológico para la prevención y tratamiento.

6.- Lograr que el alumno a propósito de cada item de la Guía pueda señalar la relación de la salud del individuo y de su grupo inmediato.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

1.- Que el alumno haga un mínimo de un estudio epidemiológico clínico.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

2.- Que el docente oriente el estudio anterior como experiencia formativa del alumno.

ACTIVIDADES.-

1.- Asignación de pacientes por el Jefe Instructor y orientación de los alumnos sobre este estudio.

2.- Visitas domiciliarias a centros de trabajo.

3.- Supervisión por el Profesor de Prácticas.

4.- Supervisión individual o de grupo por un equipo de trabajo de campo, de acuerdo a calendario.

5.- Informe escrito a máquina.

6.- Comentario.

7.- Conclusiones.

8.- Evaluación (Profesor de Prácticas y Equipo de Trabajo de Campo).

I.- Resúmen o Historia Clínica del paciente.-

II.- Estudio Socio Familiar.-

1.- Organización Familiar.- Se anotará en primer lugar el nombre y apellido del Jefe de Familia, entendiéndose por Jefe a la persona a quien incumbe principalmente la tarea de atender a las necesidades económicas del hogar; el dueño de casa o al que representa el grupo familiar; continuar con los padres, hijos, hermanos, parientes y terminar con allegados. Indicar: relación con el Jefe de Familia, edad, estado civil, educación y ocupación. Agregar observaciones sobre la situación cuando ellas se consideran significantes.

El siguiente cuadro grafica lo anterior:

Nombre y Apellido	Parentesco	Edad	E.Civil	Educación	Ocupación

2.- Nivel Cultural.- Idioma. Costumbres, hábitos y creencias en relación a la salud y en particular en relación a desorden psiquiátrico. Capacidad de colaboración.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

3.- Situación económica.- Capacidad de trabajo del grupo familiar (quienes trabajan). Dependencia económica (si el grupo familiar depende económicamente de otros). Ingreso mensual (regular o eventual). Egreso mensual (alquiler, alimentos, luz, educación, etc.)

4.- Salud.- Estado de salud emocional de otros miembros de la familia (angustia, depresión u otros tipos de desorden). Miembros del grupo familiar que sufrieron el mismo proceso que el paciente de acuerdo a lo encontrado en la visita domiciliaria. Fecha en que enfermaron y lugar. Personas que han tenido relación con el paciente antes o después del inicio de la enfermedad, pero que no viven con él. (Morbilidad General).

FICHA EPIDEMIOLOGICA (ILUSTRACION)

UN CASO DE NEUMONIA EN RELACION A CINCO SITUACIONES PRECEDENTES A LA ENFERMEDAD - JOHN PAUL -

Nombres	Años antes 3	2	1	Días de Junio 6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	Enfermedad Actual
Padre 35 años	Pérdida de trabajo	Menores ingresos	Pobreza							Resfrío		Bronquitis			Alcoholismo Agudo						Neumonía
Madre 33		Enfermiza																			Hospital
Juan 11			Bien				Resfrío														
María 8							Resfrío														
Juana 6							Resfrío														
Edwin 3							Resfrío						Otitis media								

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

5.- Vivienda.- Estos datos se tratarán de obtener en lo posible a base de observaciones. Tipo de vivienda: casa independiente, departamento, quinta, corralón, choza, callejos, etc. Características de la vivienda: propia, alquilada, cedida, subarrendada, guardianía, alojado, o si se obtuvo por invasión. Uso de la vivienda: casa habitación, tienda, pensión, taller, etc. Ubicación urbana, tugurio, barrio marginal, etc.

- Se anotará el total de habitaciones, son contar baño, cocina, corral, patio ni pasadizos.

- Se consignará el número de dormitorios y camas por dormitorios, incluyendo cunas grandes.

- Es importante marcar si la vivienda está terminada, a medio construir o es provisional y el estado de conservación y aseo; iluminación y ventilación.

6.- Recursos.- Ayuda o tratamiento social de instituciones públicas o privadas. Disposición familiar para solucionar problemas.

III.- Estudio del funcionamiento de la familia centrado en el problema de salud.-

1.- Ideas y prejuicios frente a la enfermedad y tratamiento.

2.- Repercusión de la enfermedad en la familia y el paciente.

- Actitud de la familia frente a la enfermedad, tratamiento y rehabilitación.

- Actitud del paciente frente a su hospitalización, tratamiento y alta.

- Compromiso y reajuste de roles en función de la enfermedad o foco del estudio.

IV.- Estudio e intervención en Aspectos Preventivos y Terapéuticos.-

(Este ítem se refiere a la participación activa del alumno como interpretador de las situaciones de salud, actual educador y terapeuta familiar a propósito de las necesidades educativas y problemas que habrán surgido espontáneamente duranre el curso de la entrevista, previamente anotados).
El alumno de:

a) Aprovechar la oportunidad de estudiar la receptividad y actitud de colaboración de los familiares sanos y enfermos, para hacer labor de educación para la salud.

b) Hacer buen uso de recursos disponibles, médicos, hospitales, aistentes sociales, enfermeras, nutricionistas, etc. y

c) Percibir y favorecer la satisfacción de las necesidades emocionales y otras (cariño, protección, seguridad, independencia, control, activi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dad, contactos humanos, etc.) de los integrantes del grupo familiar implicados en el problema de salud o foco del estudio epidemiológico clínico.

d) Descubrir los posibles factores genéticos, hereditarios y familiares, para determinadas enfermedades.

e) Estudiar el ambiente del hogar, (hacinamiento, etc.)

f) Centros de trabajo como condicionantes o determinantes de riesgos ocupacionales; igual que centros de estudio, recreación, etc., que pueden concionar ambientes de exposición a determinados riesgos.

g) Precisar los factores sociales de relación o interrelación; factores económicos y culturales que condicionan directa o indirectamente la presentación de la enfermedad y que favorecen su evaluación.

h) Recomendar medidas preventivas al grupo familiar a fin de eliminar, disminuir o por lo menos hacer conocer los riesgos que se pueden evitar y las medidas que se pueden controlar.

V.- Pautas para el Informe.-

1.- Informes previos en las horas de supervisión, que sefan calificados.

2.- Informe final escrito a máquina que deberá ser entregado el último día de supervisión.

El informe final comprenderá:

a) Filiación del paciente: nombre, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, estado civil, grado de instrucción, ocupación y domicilio.

b) Redacción y elaboración de los datos obtenidos de acuerdo a la guía para el estudio epidemiológico clínico.

c) Comentario del trabajo:
- Procesamiento del estudio.
- Perteneciente al paciente y su familia.
- Perteneciente a la experiencia del alumno-Actitud y reacción del alumno (Dificultades en relación al contenido y desarrollo de la visita).

d) Conclusiones.

e) Relación de las visitas con fecha, duración y grado de colaboración de los familiares.

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

El cuadro siguiente grafica lo anterior:

No. de entrevistas	Fecha	Duración	Grado de colaboración
Ejemplo:			
Primera	7/7/70	45'	Deficiente
Segunda	8/7/70	60'	Regular
Tercera	10/7/70	30'	Buena
Cuarta	12/7/70	60'	Muy colaborador

3.- Nombre y firma del alumno. Grupo al que pertenece. Nombre del Jefe de Práctica y fecha.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOGRAFIA

1.- Caplan Gerald.- Principios de Psiquiatría Preventiva.

2.- Lemkau Paul.- Higiene Mental.

3.- Wisosstky Harold.-Comprensive Tex Boock of Psychiatri - Freedman and Kaplan.

4.- Rotondo Humberto.-Psiquiatría Social.

5.- Rotondo Humberto.-Principios de Rehabilitación en pacientes Psiquiátricos.

6.- Lemkau Paul.- Services for the Preventive and Treatment of Mental Disorders-World Federation for Mental Health-Lima Nov. 1967.

7.- Elain Cumming.- Insolved Problems of Prevention Canadian Mental Health-January 1968.

8.- Bazan Ethel.- Esquema de un Programa de Rehabilitación de Enfermos, Convalescientes y Ancianos - Revista A.M. Tacna.

9.- Bazán E. y Cob.- Estudio de la Ideología Humanista y Custodial en el Personal de un Hospital Centro de Salud Mental - Anales del III Congreso Latino Americano de Psiquiatría.

10.- Bazán y Colab.- Programa Educativo Para Pacientes que Acuden al Hospital Centro de Salud Mental Hermilio Valdizán, realizado por Estudiantes de Medicina.- Psiquiatría Peruana - Actas del Primer Congreso Nacional de Psiquiatría-1969.

11.- Ian Gregory.- "Psiquiatría Clínica".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

A N E X O A

MEDICINA PREVENTIVA

Es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia física y mental.

Para	Para
Grupos y comunicades por acción organizada de masas.	Individuo y sus familiares mediante el cuidado del paciente.
Salud Pública	Medicina

PRACTICA

Para

Interceptar la historia natural de la enfermedad en cualquier etapa de su evolución.

HISTORIA NATURAL DE LAS ENFERMEDADES EN EL HOMBRE

DIAGRAMA DE LOS ELEMENTOS IMPORTANTES EN LA HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES EN EL HOMBRE

LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD EN EL HOMBRE

Antes que el hombre sea comprometido

Interrelacion de:

AGENTE
HUESPED
AMBIENTE
(Conocidos o no conocidos)

El curso de la enfermedad en el hombre

muerte
Estado crónico
Defecto
Enfermedad
Signos y síntomas
Cambios tisulares y fisiológicos.

HORIZONTE CLINICO

El agente o estímulo se multiplica o incrementa

INTERACCION HUESPED Y ESTIMULO

REACCION HUESPED

ESTIMULO

En el hombre huésped

Temprana patogénesis

Lesiones descubribles.

ENFERMEDAD

Convalescencia.

PERIODO PREPATOGENICO

PERIODO PATOGENICO

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

A N E X O B

NIVELES DE APLICACION DE LA MEDICINA PREVENTIVA EN LA HISTORIA NATURAL DE LAS ENFERMEDADES DEL HOMBRE

LA HISTORIA NATURAL DE CUALQUIER ENFERMEDAD EN EL HOMBRE

Interrelación de Agente, huésped y medio ambiente — Reacción del huésped a los ESTIMULOS Temprana Lesiones - ENFERMEDAD

Factores Producción de Estímulos Concalescencia. Patogenia.

PERIODO PREPATOGENICO — PERIDO PATOGENICO

PROMOCION DE SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO TEMPRANO Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACION DE LA INCAPACIDAD	REHABILITACION
Educación en Salud Buen estandard de nutrición de acuerdo a fases del desarrollo. Atención al desarrollo de la personalidad. Provisión de adecuada habitación, recreación y condiciones satisfactorias de trabajo. Consejo matrimonial y Educación sexual. Genética. Exámenes selectivos periódicos.	Uso de inmunización específica. Atención a higiene personal. Uso de saneamiento ambiental. Protección contra peligro ocupacional. Uso de nutrientes específicos. Protección contra carcinógenos. Evitar alergenos.	Medidas para hallazgos de casos individuales y en masa. Surveys. Exámenes selectivos. OBJETIVOS: a. Curar y prevenir las enfermedades b. Prevenir la transmis de enf. transmisibles. c. Prevenir las complic. y secuelas. d. Acortar el período de incapacidad.	Adecuado tratamiento para detener el proceso de la enfermedad y prevenir las complic y secuelas. Prevenir la limitación de la incapacidad y prevenir la muerte.	Provisión de facilidades en el hospital y la comunidad para reeducación y reentrenamiento al máximo rendimiento de la capacidad remanente. Educ. al público, la industria para la utilización de los rehabilitados. En lo posible colocación en un empleo. Terapia por el trabajo en los hosp. Uso de albergues protegidos.
PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA		PREVENCION TERCIARIA

Niveles de aplicación de medidas preventivas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PRINCIPIOS DE LA SISTENCIA, TERAPIA Y REHABILITACION PSIQUIATRICA

Dr. Andrés Cáceres

PRINCIPIOS GENERALES SOBRE ASISTENCIA, TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE LOS DESORDENES MENTALES.-

Es muy grande la variedad de trastornos o desórdenes que actualmente se agrupan como un campo legítimo de estudio para la Psiquiatría. Intervienen en su génesis factores biológicos, psicológicos y sociales que le han dado a su estudio una amplitud tal que la Medicina para poder abarcarlos ha tenido que extender decididamente su campo de acción hasta alcanzar los de la Psicología y de las Ciencias Sociales.

El cuidado de la Salud Mental es por lo tanto, campo vasto heterogéneo, difícil de precisar y evaluar, que sin embargo moderadamente se tiende a estudiar siguiendo los sistemas empleados en Salud Pública, es decir considerando 3 niveles de prevención:

1.- Prevención primaria: medidas para evitar que aparezca la enfermedad.

2.- Prevención secundaria: medios para mitigar o hacer que cese la enfermedad luego de haberse presentado.

3.- Prevención terciaria: procedimientos para reducir la incapacidad debida a la enfermedad.

PREVENCION PRIMARIA.- Sólo en años recientes se ha incorporado este concepto en los programas de promoción de la salud mental y tratamiento de sus enfermedades.

La labor de este tipo debe organizarse y orientarse teniendo en cuenta los grandes grupos de edades en la comunidad: infancia, niñéz, adolescencia, adultez y vejez.

Poco es lo que se hace, efectivamente, en el campo de la prevención primaria. Algunos tipos de infecciones, intoxicaciones y lesiones del Sistema Nervioso Central, ya sea en la vida intrauterina o en el parto pueden evitarse, pero esta labor incumbe con frecuencia a organismos profesionales que no tienen que ver directamente con la salud mental, (obstetras, pediatras y el médico general). Muchos de los Sindromes Cerebrales con deficiencia mental, epilepsia y trastornos de conducta pueden evitarse.

Prevenir la aparición de desórdenes neuróticos y el desarrollo de personalidades anormales supondría modificar favorablemente los factores que intervienen en el desarrollo de la personalidad a fin de evitar en lo posible todo tipo de trastorno emocional que entorpezca este desarrollo normal. Como se comprenderá esta labor es muy difícil y podría constituir labor ardúa para muchas instituciones (centros materno infantiles, cunas, escuelas, etc.) y profesionales (médicos, asistentes sociales, educadores familiares, maestros, etc.) tendiente a formar un ambiente familiar o sustituto adecuado para el desarrollo emocional del niño. Esta labor de conjunto está en vía de ensayo en los países desarrollados en los que el análisis y evaluación de los programas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de salud mental se están convirtiendo en una importante fuente de investigación para comprender el funcionamiento del hombre como entidad biológica y social.

En psicosis como la esquizofrenia y enfermedades afectivas, cuya etiología no está todavía bien conocida. no existe manera alguna de prevenir su aparición. Algunos trastornos psicóticos en ancianos pueden prevenirse o por lo menos aplzar su presentación con medidas como una alimentación adecuada y la creación de un ambiente psicológico y social que tienda a evitar el aislamiento y la desocupación.

PREVENCION SECUNDARIA.- El diagnóstico precóz y el tratamiento adecuado inmediato con la clase central del trabajo médico en relación con los desórdenes mentales.

Haremos mención primero de los aspectos saltantes de la prevención secundaria según las edades, para comprender su importancia, y, segundo una reseña de los recursos asistenciales y terapéuticos disponibles, que permiten efectuar una labor médica eficaz.

1.- Aspectos saltantes de la prevención secundaria.-

En los lactantes, algunos trastornos del sueño, de la alimentación, llantos, cólicos, etc. tan frecuentes, pueden constituirse en factores que favorezcan trastornos más severos posteriormente, ya que pueden ser semilla de una pérdida en la buena relación madre-hijo y esta variable de capital importancia en la psicología, puede emerger con gran claridad en estadios posteriores de desarrollo como un factor etiológico crucial en la génesis de una conducta autista, síntomas obsesivos compulsivos, fóbicos o una alteración sifiológica funcional. El diagnóstico de los trastornos en el lactante debe evaluarse por tanto en estrecha observación de su significado en relación madre-hijo.

Algunos trastornos psicofisiológicos como eczemas, asma, problemas gastrointestinales, pueden estar en relación con un despertar de la ansiedad en el niño, que muy frecuentemente es debido a conflictos en la relación con los padres u otras tensiones familiares.

Defectos en la comunicación verbal entre los 2 a 4 años de edad pueden ser indicadores de conflictivos emocionales por problemas interpersonales y a veces, de trastornos orgánicos cerebrales.

El diagnóstico precoz de trastornos mencionados y de otros en estas edades tempranas de la vida, es de enorme importancia pues una conducta terapéutica adecuada resulta muy efectiva y puede evitar trastornos más severos y difíciles de tratar para el futuro.

En la edad escolar son frecuentes trastornos del aprendizaje acompañados, a veces, de trastornos de conducta y que suelen deberse a conflictos emocionales, siendo necesario evaluar si hay o no deficiencia mental.

En la adolescencia ciertas alteraciones del comportamiento, por lo frecuente, consideradas normales, pueden tomar un sentido de conducta de-

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

lincuente o antisocial, sea por factores socioculturales, deprivación económica, o tensiones intrafamiliares que requieren una psicoterapia individual y familiar urgentes, pues de otro modo, en la vida adulta, estos trastornos del comportamiento son casi imposibles de modificar. Se ha señalado que esta conducta antisocial del adolescente puede predecirse aún en la niñez, como una conducta impulsiva, agresiva, de dificultades en el aprendizaje y rechazo de las regulaciones y reglas escolares. Si el tratamiento se realiza en esta época, mejor.

En relación con los trastornos del comportamiento y desadaptación familiar y social en la adolescencia, debe descartarse el comienzo de un trastorno esquizofrénico, cuya incidencia es mayor a esa edad y cuyo tratamiento precóz y control posterior puede permitirle una buena adaptación social y de todos modos, mejorar su pronóstico para el futuro.

En la edad adulta las descompensaciones psicológicas pueden resultar en severas depresiones, suicidios p psicosis, emergen claramente en situaciones críticas de la vida en que se hace necesario modificar patrones establecidos de conducta, así el matrimonio, la llegada de un hijo no deseado, cambios en la situación de trabajo, de vivienda, pérdidas familiares, etc. son factores desencadenantes importantes.

En la adaptación a la edad del climaterio tanto del hombre como de la mujer se asocian con frecuencia estados depresivos, cuya sintomatología suele ser mal interpretada y por lo tanto recibir tratamientos inadecuados o incompletos.

En los ancianos, la mengua de sus capacidades físicas e intelectuales retiro del trabajo activo y sobre todo, el sentimiento de soledad y aislamiento pueden ser factores desencadenantes de trastornos mentales. Su reconocimiento y adecuado tratamiento suelen ser muy eficaces.

Como resumen de todo lo expuesto sobre prevención secundaria, diremos que el reconocimiento precoz de los trastornos y su pronto tratamiento implican la intención de que el individuo se sienta bien en todas la edades de su vida, ayudándole a que sus fuerzas restitutivas puedan conseguir el equilibrio perdido y que sea capaz de desarrollar modos más efectivos de adaptación en el futuro.

2.- Recursos asistenciales y terapéuticos.-

Lo más propio del hombre, sus funciones mentales son algo menospreciado en los programas y servicios de salud pública tanto en nuestro país como en aquellos otros que tienen bajo nivel de desarrollo. Cuanto mejor es el nivel de vida mayor es el interés por la salud mental. Esta circunstancia determina que en nuestro medio, sea de necesidad primordial una política asistencial que lleve a utilizar lo mejor posible los escasos recursos disponibles, tanto materiales o físicos como personales y económicos.

Hacemos una enumeración de algunos recursos asistenciales en nuestro medio.

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

a) Hospitales Generales.- La creación de unidades o servicios psiquiátricos en los hospitales generales con su doble labor asistencial de hospitalización y consulta externa, no se ha desarrollado suficientemente. En Lima existen en los Hospitales del Seguro Obrero y del Empleado, y en algunos de los Institutos Armados; siendo deplorable que muy importantes hospitales de la capital como Loayza y Dos de Mayo, no tengan servicios psiquiátricos organizados y más lamentable aún que en nuevos hospitales construídos no se hayan incluído este tipo de asistencia. Sólo en contados hospitales de provincias hay servicios psiquiátricos.

Pueden considerarse ventajas de este tipo asistencial: la mayor colaboración del enfermo y de la familia a asistir a un hospital general psiquiátrico pues hay menos estigma que pueda alcanzarlos por los prejuicios de la colectividad respecto de los desórdenes mentales, facilitándose así la detección precoz de afecciones psiquiátricas. Se facilita la atención médica (diagnóstica y terapéutica) de otras especialidades cuando es necesaria, verificándose una mejor integración de la Psiquiatría con el resto de la medicina.

b) Hospitales Psiquiátricos.- El desarrollo de nuevos medios terapéuticos para los trastornos mentales, y el cambio de actitudes en la comunidad respecto de la enfermedad mental han hecho varias la organización y los objetivos del hospital psiquiátrico. Pinel en 1792 pudo comprobar que la agresividad y otras reacciones de los enfermos eran debidas más al trato brutal y modos de sujetar los pacientes, tuvo una labor de humanización del trato de los mismos. El objetivo del hospital era ser un centro de reclusión, una defensa de la sociedad contra el enfermo mental que era visto como una persona peligrosa. Ya los alienistas del siglo pasado pudieron darse cuenta de la importancia que tiene la organización social interna de un asilo (Esquirol), que sólo en grupos pequeños se organizaban mejor los lazos afectivos (Tuke) y de que el trabajo en sí mismo constituía un remedio útil (Pinel), sin embargo, en el hospital psiquiátrico tradicional, el paciente no era un ciudadano libre, los pabellones cerrados con llaves y porteros, los barrotes de las ventanas, pegados a los cuales siempre se encontraban pacientes, sin asumir ninguna responsabilidad, en estado de inactividad o cuyas actividades siempre eran dirigidas por otros.

El hospital moderno ha evolucionado hacia una organización denominada "comunidad terapéutica". Aquí, la hospitalización de un paciente no es un objetivo en sí, sino un medio para reintegrar al paciente lo más pronto posible a la comunidad, mediante un tratamiento activo que se vale de todos los recursos de la terapéutica psiquiátrica moderna. El ambiente debe ser semejante al del mundo exterior, fomentando el sentimiento de libertad (puertas abiertas), responsabilidad en sus actos, comunicación social y trabajo. Se fomentará el contacto con la comunidad y con la familia (permisos frecuentes, visitas familiares, etc.) teniendo en cuenta que la estada en el hospital es sólo pasajera.

La hospitalización de un paciente no es un proceso indiscriminado sino todo lo contrario, resulta de una evaluación clínica de la enfermedad del paciente y de la situación creada por la misma en su ambien-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

te, así importa tener en cuenta si la enfermedad constituye un peligro para el paciente mismo o para los demás, si han fracasado las posibilidades de tratamiento ambulatorio, sea por poca colaboración del paciente, por dificultades familiares o económicas.

En todo hospital psiquiátrico se encuentran organizados:

Consultorios externos.- Para la atención ambulatoria de los pacientes que no requieren hospitalización. Debe de contar con medios de diagnóstico y terapéuticos.

Servicios de emergencia.- Brinda a la comunidad la posibilidad de atención de los problemas psiquiátricos más urgentes las 24 horas del día. Debe estar en condiciones de brindar todo tipo de tratamiento y su labor será la de orientar la continuación de la atención ya sea en Consultorio Externo o en Hospitalización.

Servicios Domiciliarios.- Organizado en unidades móviles, es una extensión de la atención psiquiátrica hacia la comunidad misma, que se brinda en casos especiales de poca colaboración del paciente, cuya mejoría determina que continúe en tratamiento bajo el régimen de asistencia al hospital psiquiátrico. En nuestro hospital sólo está organizado con un rol informativo y de estudio.

Hospital de Día.- Es una alternativa de atención médica que se organizó por vez primera en Canadá en 1947 y ha demostrado hasta el presente ser un recurso asistencial muy útil.

Debe estar en condiciones de brindar todo tipo de tratamiento psiquiátrico (biológico, psicológico, social).

Los pacientes siguen viviendo en su hogar y asisten al hspital (generalmente traídos en omnibus desde un determinado punto de la ciudad) durante la mañana y tarde, regresando a su casa para comer y dormir. En nuestro hospital no asisten los sábados y domingos. En este sistema de hospitalización deben excluirse los pacientes en estado de confusión, agitación y conducta antisocial.

Este sistema tiene como ventajas: no rompe el vínculo familiar; fomenta la actividad y responsabilidad del paciente; es más económico.

Con la evolución y progresos de la psiquiatría hay una tendencia a organizar grupos uniformes de pacientes, teniendo en cuenta la edad y el tipo de enfermedad. Así, debe haber unidades para niños, adolescentes, adultos y ancianos. Se ha demostrado la conveniencia de organizar servicios especiales para alcohólicos y otras adicciones, para epilépticos, deficiencia mental, etc.

En toda política asistencial psiquiátrica debe tomarse en cuenta la sectorización de la asistencia, o sea que una determinada comunidad debe dividirse para los fines de recibir asistencia psiquiátrica de acuerdo a los recursos disponibles. Así, en Lima, debiera señalarse un sector que esté exclusivamente bajo la atención brindada por el H. Larco Herrera y otro sector bajo la atención del H. H. Valdizán, cosa que

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

hasta el presente no se ha efectuado.

Seguimientos de casos en la comunidad.- Una vez dados de alta los pacientes deben continuar un control ambulatorio a fin de evitar las recaídas que son frecuentes en este tipo de trastornos. Cuando el paciente o familiares se desvinculan del hospital es necesario que una enfermera de salud pública visite el domicilio del paciente a fin de estudiar la situación y motivarlos a una mejor colaboración.

Continuidad de la atención médica.- Se refiere a la importancia que tiene el hecho de que sea un mismo médico el que tome a cargo la atención del paciente desde su primer contacto con el hospital y siga todas las vicisitudes de su enfermedad, durante su atención ambulatoria, hospitalización o control posterior, se establece así una relación emocional que es muy favorable para el manejo del paciente.

Mencionaremos que en algunos países se han desarrollado otros servicios que ayudan a la asistencia del enfermo mental y que no existen aún en nuestro medio:
- Talleres protegidos, para el trabajo de pacientes.
- Hogares sustitutos para pacientes que no tienen familia.
- Clubes de expacientes, etc.

Después de haber señalado los recursos asistenciales haremos ahora una mención suscinta sobre los recursos terapéuticos empleados en Psiquiatría.

Según su campo de acción podemos dividirlos en:
Tratamientos Somáticos
Tratamientos Psicológicos
Tratamiento Sociales.

1.- Tratamientos somáticos.- En Psiquiatría se emplean con frecuencia muchos de los tratamientos de la medicina general en relación con la enfermedad misma del paciente u otras dolencias no psiquiátricas. Son muy importantes los aspectos de la nutrición, del balance electrolítico, de las funciones de eliminación, los procesos infecciosos, etc.

En cuanto a los tratamientos más específicamente empleados en la especialidad tenemos:

Psicofarmacoterapia.- O sea el empleo de drogas que actúan sobre la función mental con un fin terapéutico.

Campo de desarrollo vastísimo, en el momento actual, constituye uno de los elementos principales en el manejo terapéutico de los pacientes.

Por su acción principal, las drogas psicotropas empleadas frecuentemente en terapéutica psiquiátrica, se dividen en:

a) Neurolépticos.- Tienen una acción antipsicótica, es decir, modifican favorablemente síntomas como las alucinaciones, trastor

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

nos del pensamiento del tipo delusional, esquizofrénicos, etc. por lo cual su uso está indicado en muchos trastornos psicóticos, además por tener una acción sedante sobre la excitación psicomotora. Ejemplo de este tipi: la clorpromazina ("Largactil", "Promazil", Hibernyl), la tioridazina ("Meleril"), la trifluoperazina ("Stelazine"), tioproperazina ("Majeptil"), etc.

b) Tranquilizantes.- Son sedantes no hipnóticos, cuyas principal acción está en amortiguar el estado de ansiedad y tensión. Ejemplos: meprobamato ("Ecuanil", "Apasil", "Sedersan", etc.) clorodiazepoxido ("Librium"), diazepan ("Valium"), hidroxizina ("Atarax"), etc.

c) Antidepresivos.- Son drogas que actúan en los casos de depresión. Se suelen dividir en dos tipos: 1) timolépticos o sea aquellos que actúan principalmente estimulando el humor, tales como la imipramina ("Tofranil") diabenzepina ("Neodalit"), asociado a una acción ansiolítica como en la amitriptilina ("Triptanol"), o a una acción desinhibidora como en la desipramina ("Pertofran"), nortriptilina ("Aventyl"), protriptilina ("Concordin").
2) timoréticos, o sea las drogas antidepresivas que producen principalmente desinhibición psíquica, su acción química es bloquear o inhibir la monoaminooxidasa, por lo cual su uso debe ser cuidadoso. Como ejemplo tenemos: la nialamida ("Niamid"), la fenelzina ("Nardil"), la transilcipromina, que en nuestro medio sólo viene asociada a la trifluoperazina ("Stelapar").

Mencionaremos solamente, además otros grupos de drogas:

d) Hipnóticos.- Provocan sueño. Ejemplo: barbitúricos.

e) Antiepilépticos.- Muy variadas drogas que deben usarse de acuerdo a la forma clínica.

f) Psicoestimulantes.- Estimulan la vigilancia, enmascaran la necesidad de dormir o de comer, Ejemplo: anfetamina.

g) Psicolíticos.- Medicamentos que producen psicosis experimentales de uso muy especializado en psicoterapia. Ejemplo: L.S.D.

2.- Electrochoque o terapia electroconvulsiva.- Empleada en la forma actual desde 1937. Provoca pérdida de conciencia asociada a convulsiones; estimula los centros talámicos e hipotalámicos; influye sobre las funciones autonómicas y sobre las hormonas de la hipósisis anterior; modifica el E.E.G., a veces por meses, su importancia clínica radica en el hecho de que puede romper con patrones anormales, habituales de pensamiento y tiende a restaurar el nivel normal del humor en los pacientes deprimidos; su indicación mayor es la depresión de involución; suele ser útil en estados de excitación debidos a manía, esquizofrenia, psicosis tóxicas; se le emplea también en los estados de estupor. Es un arma muy útil en la terapéutica psiquiátrica.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

3.- Terapia mediante comas insulínicos.- Mediante la administración de dosis progresivas de insulina se llega a provocar estados de coma profundo, que se suprimen con la administración endovenosa u oral de glucosa. Estos comas se repiten en número de 60 o más. Se emplea profundamente en la esquizofrenia reciente. Este método está cayendo en desuso. Una forma modificada de terapia con insulina, que no llegue a provocar estados de coma se ha empleado con éxito en pacientes neuróticos con anorexia y pérdida de peso, sobre todo si se trata de trastornos reactivos por stress prolongado.

3.- Sueño prolongado.- Se uso no muy común pues entraña riesgos. Se trata de que el paciente duerma unas 18 a 20 horas diarias, mediante la administración a intervalos regulares de hipnóticos; este tratamiento debe prolongarse por 10 ó más días. Se le emplea en algunos estados de ansiedad por agotamiento, en los que no haya pérdida de peso o mal estado general de salud.

4.- Psicocirugía.- Son intervenciones quirúrgicas al cerebro con el fin de modificar trastornos psíquicos. Con el desarrollo de la farmacoterapia es un método venido a menos. Todo los métodos se pueden agrupar en:

- Leucotomías o lobotomías (sección de fibras de asociación entre los lóbulos frontales y las regiones talámicas, hipotalámicas, sea a nivel de la corteza prefrontal o a nivel de la superficie orbitraria del lóbulo frontal.)
- Topectomías, o sea la extirpación de determinadas zonas de la corteza del lóbulo frontal y del girus del síngulo. Todas estas intervenciones deben ser bilatarales. Quizá la indicación mejor para la leucotomía sea la de algunas neurosus obsesivas muy graves que no pueden aliviarse con otros tratamientos.

Tratamientos psicológicos.- En un sentido amplio la terapia psicológica en psiquiatría puede comprender varios aspectos:

a) La naturaleza del ambiente inmediato en el cual se desenvuelve el paciente y las aptitudes adoptadas por todos aquellos que tienen que ver con él, puede constituir una fuente importante de modificación psicológica, positiva o negativa.

b) La psicoterapia individual, que realiza el médico con el paciente.

Puede ser una de simple apoyo emocional o reaseguramiento del paciente. El médico debe tomar una actitud amable, comprensiva, sin crítica, que le permita al paciente poder expresar sus conflictivos emocionales; esta comunicación afectiva suele ser suficiente en algunos pacientes para reorganizar su yo. Este tipo de psicoterapia es la que debe practicar el médico general.

Otras psicoterapias de base psicoanalítica se efectúan mediante entrevistas frecuentes, que se prolongan un tiempo variado (meses o años) el objetivo es liberar al paciente de las exigencias inconcientes y permitirle reemprender su desarrollo entorpecido; son psicoterapias en cuyo desenvolvimiento se dan fenómenos psicológicos bien establecidos como el de la resistencia, transferencia, interpretaciones, etc.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Su uso requiere mucha experiencia.

En la psicoterapia "centrada en el paciente", se trata de evitar el fenómeno de transferencia y no se realiza ninguna interpretación; el médico actúa como un espejo pues le hará comprender al paciente sus propias experiencias.

Hay también métodos psicoterapéuticos basados en el análisis existencial de la vida del paciente.

Deben seleccionarse adecuadamente los casos para psicoterapia, teniendo en cuenta: motivación, edad, inteligencia, etc. Se usa en casos de personalidad inadaptada y en neurosis.

c) La terapia por la ocupación (laboraterapia) y por la recreación.

Tratamientos sociales.- Son: a) indirectos, tales como la labor efectuada por la asistente social para modificar favorablemente los problemas económicos, o de relación interpersonal que se dan en la familia, en el trabajo, etc.

b) Directos: Psicoterapia de grupo, psicodrama, comunidad terapéutica.

Todos los tratamientos somáticos, psicológicos y sociales no se excluyen sino, por el contrario, se complementan.

PREVENCION TERCIARIA.- (Reducción de las incapacidades debidas a la enfermedad).

En psiquiatría, como en medicina en general, hay casos de trastornos agudos en los que luego de recibir tratamiento adecuado, desaparecen los síntomas y el paciente se reincorpora al grupo familiar y social pudiendo continuar sus labores en el trabajo.

Pero otros pacientes, aún después de largos tratamientos, quedan con síntomas que limitan su capacidad: estados de inercia, pasividad, falta de perseverancia, mala concentración de la atención, fatigabilidad, comunicación defectuosa, tendencia al retraimiento, etc. que no les permiten trabajar e interfieren con una buena adaptación familiar y social.

Estas sintomatologías puede ser: a) Residual, o sea síntomas propios de la enfermedad y que no han desaparecido (sintomatología autógena).

b) Algo sobreañadido como resultado del ambiente inadecuado, carente de estímulos, en el que no se fomenta la actividad, la responsabilidad, ni el intercambio social. Se trata de una verdadera yatrogenia instituvional (sintomatología exógena).

Un programa de rehabilitación requiere de todo un equipo de trabajo (médico, asistente social, enfermera, psicólogo, terapista ocupacional, etc.)

Un programa de rehabilitación debe establecerse para un determinado grupo de pacientes. Es un proceso en el que podríamos considerar tres etapas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

a) Debe evaluarse la magnitud de la incapacidad, para lo cual debemos tener en cuenta:
- Desorganización de la conducta.
- Desocialización (disminución en las relaciones interpersonales).
- Deterioro (mengua considerable y prolongada de la actividad).
- Regresión (formas infantiles de comportamiento).

b) Debe adiestrarse al individuo para el ejercicio de sus facultades que no han sido afectadas. Esto incluye una reeducación de sus hábitos, de limpieza, de cuidado personal, intelectuales, de trabajo, etc. y también una labor de aprendizaje.

c) Debe finalmente ayudársele a su adaptación en:
- El trabajo.
- La familia.
- Actividad social.

En nuestro medio por primera vez se han establecido programas de rehabilitación para enfermos esquizofrénicos crónicos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

S U M A R I O

SINDROMES ORGANICOS CEREBRALES AGUDOS: DR. SANCHEZ GARCIA

SINDROMES ORGANICOS CEREBRALES CRONICOS: DR. ANDRES CACERES

EPILEPSIA: DR. ETHEL BAZAN

TOXICOMANIAS: DR. ETHEL BAZAN

REACCIONES SITUACIONALES: DR. HUMBERTO ROTONDO

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DESORDENES CAUSADO POR, O ASOCIADOS A, DISTURBIOS DE LA FUNCION DEL TEJIDO CEREBRAL

Primera Parte

DESORDENES CEREBRALES AGUDOS

I.- Noción.

II.- Características.

1.- Frecuencia y distribución.
2.- Historia personal.
3.- Examen mental.
4.- Examen psicológico.
5.- Examen físico y de laboratorio.
6.- Tratamiento.

III.- Principales sindromes cerebrales agudos.

1.- Sindromes cerebrales agudos asociados a intoxicación alcohólicas.
A.- Delirium tremens.
- Características de la enfermedad.
- Síntomas.
B.- Alucinosis alcohólica.
- Características de la enfermedad.
- Síntomas.
C.- Intoxicación alcohólica patológica.
- Síntomas.
- Similitud con acceso psicomotor.
D.- Estados epilépticos alcohólicos.

2.- Sindromes cerebrales agudos asociados a drogas y venenos.

3.- Sindromes cerebrales agudos asociados a infecciones y a estados de exhaustación.
A.- Rasgos clínicos asociados con las infecciones.
B.- Rasgos clínicos asociados con el agotamiento.

4.- Sindromes cerebrales agudos asociados con la fatiga, stress y aislamiento.
A.- Fatiga extrema.
B.- Stress y aislamiento.

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

Segunda Parte

DESORDENES CEREBRALES CRONICOS

DESORDENES CEREBRALES CAUSADOS POR, O ASOCIADOS A, DISTURBIOS DE LA FUNCION DEL TEJIDO CEREBRAL

Constituyen los sindromes cerebrales que conforman uno de los tres grandes grupos de afecciones que se dan en la Nomenclatura Standard y corresponden, en términos generales, a las reacciones de tipo orgánico que se catalogan en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Se trata de desórdenes psicobiológicos que surgen por que el tejido cerebral es afectado transitoriamente, como ocurre, por ejemplo, en los procesos febriles, tóxicos y/o infecciosos; o por que el cerebro sufre cambios tisulares más severos que son de curso crónico y progresivo, como se evidencia, por ejemplo, en la arterioesclerosis cerebral, alcoholismo, desórdenes matabólicos. Los reales cambios histopatológicos pueden ser focalizados. Pero siempre producen daño y destrucción del sistema nervioso central que se traducen no sólo, en anormalidades neurológicas sino también en disturbios de la personalidad. Aquellas y estos serán tanto más graves cuanto más difusa es la destrucción.

Los sindromes cerebrales pueden ser agudos y crónicos. En los primeros - denominados psicosis téxico - infecciosas en la Clasificación Internacional - el menoscabo de la función cerebral dá lugar a alteraciones reversibles y se acompañan casi siempre de delirio (sobre todo se encuentra iluciones, alucinaciones, agitación psicomotora) o de estupor (predomina el retardo y la apatía). En los sindromes cerebrales crónicos - denominados psicosis orgánicas en la misma Clasificación Internacional - las lesiones son irrecuperables y se acompaña preferentemente de manifestaciones demenciales.

De acuerdo a la Nomenclatura Standard, los sindromes cerebrales presentan disturbios básicos en las siguientes funciones:

1) Menoscabo de la orientación, que es más destacada en el tiempo que en el lugar y acerca de la propia persona.
2) Menoscabo de la memoria, especialmente para los hechos recientes.
3) Menoscabo de las funciones intelectuales diferenciadas, como comprensión, abstracción, síntesis, manejo de símbolos, cálculo. información, aprendizaje, elaboración, etc. Además, casi siempre ocurre empobrecimiento de la ideación asociado a confabulación y perseveración.
4) Menoscabo de las capacidades de juicio y conciencia.
5) Labilidad del afecto que se presenta casi siempre como una respuesta emocional muy superficial.

Los sindromes cerebrales pueden ser, leve, moderado o severo la mayor parte de los síntomas básicos están generalmente presentes en cualquier paciente de este grupo.

La severidad del sindrome básico es paralela a la severidad del menoscabo de la función tisular cerebral. El sindrome cerebral puede asociarse a síntomas o manifestaciones psicóticas, neuróticas, o a trastornos del compor-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tamiento.

Estas reacciones asociadas, que llamaremos, facultativas, no están relacionadas en severidad al grado de desorden orgánico cerebral o al grado de daño cerebral; están determinadas por disposiciones de la personalidad, conflictos emocionales actuales, la situación inmediata ambiental (incluyendo la interpersonal), así como el desorden orgánico precipitante. Las reacciones asociadas deben verse liberadas o movilizadas por el desorden órganico cerebral y su superinpuestas al mismo.

Desde que las funciones de la personalidad dependen grandemente de la integridad de la función cerebral son de esperarse diversos cambios en las reacciones, de la personalidad con los desórdenes orgánicos cerebrales.

Los desórdenes orgánicos cerebrales se dividen en dos grandes grupos: AGUDOS Y CRONICOS debido a las diferencias entre esos dos grupos respecto a pronósticos, tratamiento y curso general de la enfermedad:

AGUDOS.----- Reversibles

SINDROMES CEREBRALES

CRONICOS.--- Irreversibles

La diferencia se debe primeramente a la reversibilidad de la patología cerebral y del sindrome orgánico cerebral acompañante; no se debe a la etiología, inicio o duración de la enfermedad. La misma etiología, inicio o duración de temporal cerebral o permanente. Un desorden cerebral que parece reversible "agudo" en un comienzo pueden resultar produciendo un daño permanente, un sindrome orgánico cerebral persistente, que puede, entonces, diagnosticarse como "crónico".

Los síntomas y signos básicos se encuentran, pues, combinados en todos los casos en los que hay desórdenes causado por, o asociado a, defectos de la función del tejido cerebral y de acuerdo a los matices que presentan las combinaciones pueden establecerse las diferencias que se reunen a continuación:

	DESORDENES CEREBRALES AGUDOS	DESORDENES CEREBRALES CRONICOS
Sindrome clínico usual,	Delirio (a veces estupor coma)	
Defecto Primario de	- Orientación memoria todas la funciones intelectuales. - Juicio. - Respuesta afectiva.	
Casi siempre, asociado a:	Desórdenes perceptivos (más visual: ilusiones, alucinaciones); conciencia (ej.estupor) actividad psicomotora (excitación retardo).	Prominentes manifestaciones "funcionales" secundarias por: liberación o acentuación de caracteres de personalidad latentes: comportamiento, neurótico (ej.: deprimido parenoide, ansioso).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Debido a	Cambios reversibles temporarios "lesiones bioquímicas"		Daño irreversible "Lesiones morfológicas" Iguales agentes patógenos que los agudos. También de lesiones intracraneanas.	
Sintomático de estado	Tóxico generalizado. Metabólico Infeccioso Traumático.	Que afectan otras partes cuerpo.		Sind. localizados degenerativos

Primera Parte

DESORDENES CEREBRALES AGUDOS

(Reacción de tipo exógeno agudo)

1. NOCION

Son reversibles y resultan de menoscabo difuso, temporal y reversible de la función tisular cerebral. Son acusados por noxas muy diversas que obran sobre el organismo de modo agudo o al menos subagudo.

El sindrome representa los efectos psíquicos y somáticos de alteraciones patológicas corporales que surgen de modo rápido y por lo general más bien masivo, siendo indiferente que dichas alteraciones corporales se generen de manera exógena o endógena.

Las más diversas enfermedades cerebrales y casi todas las enfermedades generales e intoxicaciones graves y muchos traumatismos cerebrales producen cuadros psicopatológicos esencialmente análogos como expresión de una modalidad inespecífica de reaccionar.

El aspecto de tipo de reacción depende de cada caso mucho menos de la enfermedad somática, que básicamente lo origina, como de la constitución y hasta cierto punto del modo adquirido de reaccionar del sujeto.

Las posibles causas pueden agruparse, por ejemplo, del modo siguiente:

1.- Enfermedades corporales generales, sobre todo las de origen infeccioso o tóxico y de cierta gravedad, concurso agudo o subagudo.
2.- Enfermedades cerebrales agudas:
   - Encefalitis i meningitis
   - Estado crepuscular epiléptico
   - Hemorragias agudas y trombosis cerebrales.
3.- Traumas agudos cráneo encefálicos de cierta extensión y gravedad, en especial los estados recientes post emocionales y post contusionales.
4.- Intoxicaciones.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El cuadro sintomático del sindrome cerebral agudo consta de diversos componentes:

a) El sindrome de ruina. de la configuración.
b) Síntomas de entorpecimiento y anublamiento de la conciencia.
c) Síntomas corporales inespecíficos.
d) Síntomas corporales específicos.
e) Signos correspondientes al sindrome psico orgánico (posible derivación del sindrome cerebral agudo).

En términos generales, puede decirse que en los sindromes cerebrales agudos, reversibles, se encuentra delirio con ilusiones, alucinaciones, agitación psicomotora, o se halla estupor en el que predomina el retardo y la apatía.

II.- CARACTERISTICAS

1.- Frecuencia y distribución:

Los sindromes cerebrales agudos son de breve duración, y por lo general están asociados a severas enfermedades o a intoxicaciones que asientan en otras partes del cuerpo. Por esta razón la mayoría de estos sindromes son vistos por los médicos generales en los hospitales generales. Sin embargo, pueden afirmarse que hay tendencia a la disminución de estos sindromes por el adecuado uso de antibióticos y por las exploraciones y medios auxiliares modernos que permiten el diagnóstico precóz. En nuestro medio no conocemos adecuadas estadísticas acerca de la frecuencia, por tanto los cirujanos como los médicos revelan que ellos los ven como complicaciones muy frecuentes de otras enfermedades que tratan en hospitales generales. En hospitales mentales la frecuencia depende no sólo del tipo de actividad a que está destinado el nosocomio, sino también de la política de recibir o rechazar casos con adicciones y/o psicosis alcohólicas; además la ubicación geográfica del hospital y su posición dentro de la organización sanitaria del país, juegan papeles importantes en la frecuencia de los sindromes cerebrales agudos.

Se puede decir que los sindromes cerebrales agudos son más frecuentes en las edades extremas, es decir en la niñéz y la vejéz. En la niñéz se explica por la labilidad homeostática de los infantes y por que ellos son más suceptibles a las infecciones, tan frecuentes en esa edad. En la vejéz en cambio,se deben a verificaciones de tipo degenerativo por esclerosis o por atrofia de la corteza cerebral y a defectos metabólicos. El área geográfica también modifica la frecuencia de los sindromes cerebrales agudos, según el desarrollo industrial, los programas de saneamiento y la incidencia de parásitos e infecciones más frecuentes.

En las regiones subdesarrolladas, y de los tóxicos como el alcohol y veneno que se encuentra en mayor abundancia en las regiones desarrolladas En estas existe una relación inversa entre la frecuencia y el nivel socioeconómico, que comprende dos factores que son los de exposición y los recursos intelectuales. Si el nivel socioeconómico está bajo, significa que hay mayor morbilidad, mayor mortalidad de enfermedades físicas y por

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lo tanto tiende a asociarse con los limitados recursos intelectuales, pues aquellas personas con mejor constitución intelectual parece que se descompensan menos frente a las intoxicaciones y desórdenes metabólicos.

2.- Historia personal.-

Se puede afirmar que no existe una historia típica para los síndromes cerebrales agudos. Se encuentran datos de stress pre-natal, de deprivación e injuria, retardo o desvio de la maduración y del desarrollo post-natal. Las relaciones interpersonales son aceptables. Pero cuando los desórdenes orgánicos se ligan a desórdenes de la personalidad prolongados como son por ejemplo, alcoholismo, intoxicación por drogas, entonces en las historias hay evidencias de que las relaciones humanas han sido insatisfactorias y que han habido diversos tipos de disturbios de la personalidad.

Con respecto al inicio de la enfermedad, del síndrome cerebral agudo puede decirse que hay formas de comienzo agudo como ocurre en los traumas accidentes cerebro-vasculares, shock, anoxia durante el acto operatorio y tambien hay comienzo gradual como en las intoxicaciones, crecimiento de neoplasias y en los desórdenes metabólicos. Siempre que el Médico debe tener presente que mayor grado de severidad, mayor duración de los síntomas impone mayor posibilidad de un síndrome cerebral crónico después que ha remitido la afección básica en la que asentaba en síndrome cerebral agudo.

3.- Examen Mental.-

En los síndromes cerebrales agudos los datos más importantes que se recogen corresponden al delirio, es decir, presencia de ilusiones, alucinaciones, aumento de la actividad psicomotora, también corresponden al estupor, o sea, manifestaciones de retardo y apatía. Debido a estos hechos, lo más importante para el médico no está en propiciar una comunicación verbal son el paciente, pues esta no se va a realizar en forma adecuada, sino que lo básico está en que el médico sepa hacer las observaciones del paciente, para lo cual se recomienda seguir las pautas correspondientes (1).

4.- Examen psicológico.-

En términos generales puede afirmarse que este se hace más dificil mientras más aguda es la condición del paciente. Tanto en el delirio como en el estupor hay falta de cooperación del paciente con el agravante que hay fatiga, sin embargo el médico tendrá presente que oportunamente debe solicitar los exámenes psicológicos correspondientes a los profesio-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nales psicólogos.

5.- Exámenes físicos y de laboratorio.-

Es difícil dar en detalle todos los exámenes que se pueden hacer debido a la multiplicidad de enfermedades e infecciones que dan lugar al síndrome cerebral agudo. Para esto lo mejor es estudiar los textos de diagnóstico físico de medicina interna y neurología. Sin embargo, no se puede olvidar que en todos estos sindromes el médico debe realizar una exploración física y neurológica cuidadosa, el examen de laboratorio de rutina como por ejemplo Hb., glucosa, serología, urobilinas porfirinas, también ayudan los Rayos X, son importantes otros como la tolerancia a la glucosa la úrea, los piruvatos, es interesante procurar la dosificación de algunos tóxicos externos como el alcohol y los bromuros, y donde sea posible el E.E.G. y pruebas de función endocrina.

6.- Tratamiento.-

Las fases mencionadas como tratamiento no son acciones que el médico debe efectuar separadamente sino que en la práctica médica ellas se dan simultáneamente. El propósito es triple:
- alivio de los síntomas agudos,
- medidas generales de soporte,
- corrección específica de las causas subyacentes.

Hay que tener en cuenta que para el alivio de los síntomas agudos debe tratarse el delirio, el estupor para lo cual se usa:
- Sedación: recordar que siempre existen peligros bastantes serios si hay compromiso hepático, cardio-rrenal, cerebral.
- Hidroterapia: puede hacerse a través de una sonda con los inconvenientes que se necesita personal entrenado y es costosa, o por la vena que en la actualidad es sencillo.
- También deben evitarse las bolsas de hielo debido a que hay labilidad del sistema nervioso autónomo.
- También debe evitarse las anarras pues estas provocan miedo y dan complicaciones especialmente de la piel que por la baja de defensas pueden infectarse.
- Drogas: deben usarse generalmente a dosis altas, pero siempre teniendo en cuenta el efecto acumulativo, y que algunas drogas de las que actualmente se usan en psiquiatría tienen efecto sinérgico. Las drogas más recomendadas son el paraaldehido, los barbitúricos de acción rápida como el Amytal, Seconal, Nembutal; tranquilizantes como la clorpromaxina clodiazepóxido.

Prácticamente se contra indica la escopolamina y la morfina. Las medidas generales de soporte como son la iluminación apropiada, el cuidado de la piel, la ingesta apropiada, la venoclisis.
Se incluyen en estas,los cuidados de la enfermera que debe ser competente, que maneje con cuidado y habilidad al paciente, que entienda el problema para no provocar reacciones de pánico o agravar la angustia. No descuidar el ambiente que debe ser confortable y tranquilo, eliminando los ruidos y las sombras, pues ambos pueden ser estímulos para suscitar ilusiones o alucinaciones. Por que hay que tomar precausiones a

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

fin de evitar el daño para otras personas y para el mismo paciente. Indudablemente, el objetivo final está en el reconocimiento y en la corrección de la causa subyacente, para lo cual generalmente se emplean a tibióticos, pero pueden realizarse intervenciones quirúrgicas como en los casos de absesos de distinta localización, osteomielitis.

Es imperativo practicar las correciones de electrolitos, tratar la diabetes, la descompensación cardíaca. En el grupo de las psicosis funcionales reactivas en las que hay de base una infección o un estado de agotamiento que son los únicos factores precipitantes, es menester tratar también la psicosis mediante psico-terapia o recurriendo a la somatoterapia que es más drástica como por ej.: el electro shock en algunos tuberculosos.

Se considera que la somatoterapia puede ser usada en casos seleccionados donde la psicosis funcional requiere urgentemente algunas medidas enérgicas y donde la enfermedad orgánica es apropiadamente tratada y se encuentra bajo control adecuado.

PRINCIPALES SINDROMES CEREBRALES AGUDOS

Siguiendo la nomenclatura standard señalaremos los siguientes como los más destacados y frecuentes en la práctica médica:

- Desórdenes alcohólicos agudos.
- Sindromes cerebrales agudos asociados a drogas y venenos.
- Sindrome cerebral agudo asociado a infección.
- Sindrome cerebral agudo asociado a agotamiento.

Sindromes cerebrales agudos asociados a intoxicación alcohólica.- Estos desódenes agudos que según orden de frecuencia señalados por Silvano Arieti, se dan en los siguientes cuadros clínicos:

- Delirium tremens.
- Alucinosis alcohólica aguda.
- Estados epilépticos alcohólicos.

A.- DELIRIUM TREMENS.- Es una condición grave que resulta del alcoholismo agudo. Tanto en el delirium tremens como en la alucinosis alcohólica, debe considerarse que el cuadro no se debe a la avitaminosis y a otras deficiencias nutricionales, como generalmente se supone, sino que es consecuencia de una acción directa del alcohol sobre el cerebro.

A pesar que se conoce que hay una acción directa sobre las estructuras cerebrales, no se sabe porque unas personas con el alcohol hacen delirium tremens y por que otras hacen alucinosis, pero se supone que existe alguna suceptibilidad individual de las células nerviosas. Se supone que el delirium tremens podría resultar de una interferencia en el metabolismo de los carbohidratos en la célula nerviosa.

a) Características de la enfermedad.- Existen varios días de pró

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dromos en los que hay irritabilidad, inquietud, insomnio, temor, pesadillas, anorexia, hay un lenguaje en el que se arrastran las sílabas y sudor que puede ser muy abundante. Después de esta etapa que dura días variables se presenta el inicio que es brusco y que se presenta después de un episodio de ingesta aguda o después de varios días de bebida continua. En cualquiera de los casos existe un verdadero delirio con gravísimo defecto de todas las funciones intelectuales.

b) Síntomas.- Muchas veces un ataque convulsivo inicia el proceso. Más frecuentes son las sacudidas mioclónicas de las extremidades, cabeza y cuello. El sudor es profuso, pegajoso. Sensación de debilitamiento general. El humor varía desde la depresión hasta el miedo, pasando por estados de excitabilidad. Las alteraciones de las funciones intelectuales son destacadas en lo que atañe a la amnesia que es parcial, a lagunas que se presentan en el recuerdo, a la desorientación sobre todo espacial, a la percepción, atención, comprensión, sin embargo el paciente tiene un contacto parcial con el ambiente y por esta razón es capaz de hacer algunos comentarios y cambiar de ideas con el médico sobre la enfermedad.

Las alucinaciones visuales son muy frecuentes, tienen la peculiariedad de ser bizarras y son descritas como sombras vagas o como formas definidas y que llevan al paciente a reacciones imprevistas, como son por ejemplo echarse a correr, arrojarse de la cama o saltar por una ventana. En las alucinaciones casi siempre hay objetos animados, aterradores, amenazantes y a veces muy pequeños, por lo que se les conoce con el hombre de alucinaciones liliputienses. Las alucinaciones auditivas tambien se presenta pero con menos frecuencia y, son menos definidas; generalmente se caracterizan porque son frases o palabras amenazantes. Las alucinaciones tactiles están asociadas a parestesias y a insectos.

Las alucinaciones gustativas y olfativas se encuentran asociadas a delusiones de daño y de envenenamiento. No debe olvidar el médico que las alucinaciones varían y que tienen un contenido que es matizado por las peculiaridades socio-culturales de cada paciente.

B.- ALUCINOSIS ALCOHOLICA.- Es un sindrome que se desarrolla gradualmente cuando el paciente se encuentra bebiendo.

a) Características de la enfermedad.- Puede transcurrir tiempo prolongado sin que se aprecie la enfermedad hasta que ocurre un ataque a supuestos perseguidores; este ataque por lo general es violento y aparece bruscamente.

La alucinosis alcohólica se atribuye a una anormalidad fisiológica y patológica en la circunvolución de los lóbulos temporales, según opinan Milsen y Thompson; de otra parte se atribuye, como lo hace Walter Freeman a una perturbación de la función de los núcleos amigdaloides. Ambas hipótesis no han tenido ve

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

rificación indiscutible.

b) Síntomas.- Hay ausencia de signos físicos y practicamente la única manifestación está dada por alucinaciones auditivas que tiene el cariz de amenaza y de acusación. Lo importante es que si estas alucinaciones están asociadas a delirios el peligro es bastante serio porque los enfermos sufren reacciones de gran violencia.

Los recursos intelectuales se encuentran intactos, el paciente no se encuentra impedido de trabajar a pesar de lo cual requiere hospitalización por lo pedidos que entraña su conducta intempestiva. La afección puede durar algunas semanas o tras o cuatro meses después de la abstinencia. Si dura tanto es necesario hacer una diferenciación de la reacción esquizofrénica que se basa en que en la alucinosis el enfermo gradualmente gana insigth en tanto que en la esquizofrenia el reconocimiento de la afección no se presenta.

C.- INTOXICACION ALCOHOLICA PATOLOGICA.- Es una afección inusual pero muy importante que el médico general sepa diagnosticarla y evaluarla porque hay aplicaciones médico-legales transcendentes.

a) Síntomas.- Existe la siguiente triadasintomática:

1.- Peculiar suceptibilidad al alcohol, de tal manera que 2 ó 4 onzas de wisky o sus equivalentes dan lugar a la reacción.

2.- Conducta automática con matices muy violentos.

3.- Amnesia completa, siendo el último recuerdo del paciente el haber estado bebiendo.

b) Similitud con accesos psicosotores.- Con respecto a las hipótesis que se tejen para explicar este sindrome cerebral agudo, se afirma que quizá exista algún deterioro alcohólico que produzca un sensibilización a pequeñas dosis de alcohol. Por otro lado Thompson, señala que se desconoce la localización cerebral de esta afección, aunque supone que quizás tiene su base en un fisiologismo patológico. Se hace esta última suposición porque se ha encontrado una correlación bastante alta entre la historia de la injuria cerebral previa y, la intoxicación alcohólica patológica.

Como se ha dicho hay indicaciones médico-legales porque si realmente existe esta reacción cerebral aguda, la persona se encuentra alienada en ese momento. Mientras que ingerir una bebida es un acto voluntario y hay responsabilidad de este hecho, no es acto voluntario ni hay responsabilidad durante el episodio de alienación, desencadenado por una reacción de hipersensibilidad a pequeñas dosis de alcohol sobre todo si es que se desconoce que esa reacción puede presentarse.

Algunos episodios de intoxicación patológica alcohólica aguda, semeja mucho a los estados de rabia que presentan algunos psi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cópatas y a algunos accesos de epilepsia psicomotora.

En base a esta otra correlación Thompson ha estudiado encontrando que hay frecuentes trazados electroencefalográficos de tipo psicomotor, es decir, con una frecuencia de 3 a 4 segundos que se encuentran muy a menudo en casos con intoxicación patológica. Se han hecho algunos estudios con algunos pacientes que presentan episodios de intoxicación patológica, que tenían electroencefalograma normal en los períodos intercríticos Muchos de estos pacientes presentaron un modelo de trazado electroencefalográfico psicomotor cuando ingerían pequeñas dosis de alcohol. Estos estudios dan fundamento a que se piense que son idénticas las crisis de epilepsia psicomotora y las crisis de intoxicación patológica que surgen con la ingestión del alcohol.

D.- ESTADOS EPILEPTICOS ALCOHOLICOS.- Se sabe bien que el alcohol activa la epilepsia en cualquiera de sus formas clínicas, pues tanto la epilepsia llamada de gran mal como la de petit mal o la psicomotora, pueden encontrarse latentes.

Esta es la razón por la que en los epilépticos se les recomienda abstención de bebidas espirituosas. Se conocen bastante bien las complicaciones del alcohol bajo la forma de convulsiones, tanto en el alcoholismo agudo como en el alcoholismo crónico. A veces la convulsión inicia un episodio de delirium tremens. A pesar de que existe la suposición de que el alcohol irrita las neuronas corticales que precipitan la convulsión, es probable que las personas que sufren de convulsión tiene epilepsia latente, porque habían tenido previamente alguna injuria cerebral. La amnesia total ocurre cuando existe una intoxicación, demasiado profunda; con pequeñas dosis de alcohol en personalidades de estructuras histéricas, pueden presentarse condiciones de amnesia y fuga.

2) SINDROMES CEREBRALES AGUDOS ASOCIADOS A DROGAS Y VENENOS

Se trata en este caso de las llamadas psicosis tóxicas, que son similares a las que van asociadas a disturbios metabólicos como fiebre, uremia, pelagra, imbalance electrolítico, etc. La más conocida es la llamada psicosis brómica que presenta cuatro variedades:

- Intoxicación simple.
- Delirio.
- Esquizofrenia transitoria.
- Alucinosis.

La intoxicación simple.- Se caracteriza porque conforme se va acumulando el bromo se va presentando un estado de torpeza general, irritabilidad, admeás el paciente se encuentra orientado y racional. Si persiste la ingestión de esta primera condición de intoxicación simple, se pasa a la de Deli-

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

rio, en la que hay confusión, insomnio. Esta forma debe diferenciarse de la forma clínica de la alucinosis, que se tipifica porque el paciente tiene una buena orientación. La forma clínica de esquizofrenia transitoria carece de valor, para el médico práctico.

Las causas de la psicosis tóxica de deben a la sobre exposición a drogas y venenos, al tiempo que tienen en la exposición, a la decadencia orgánica que puede llegar al agotamiento y a la supresión brusca sobre todo cuando el paciente ha estado tomando fenobarbital.

El diagnóstico lo hace el médico en base a una historia. Siguiendo el curso clínico se sabe que se debe sospechar en esta intoxicación si el paciente hace psicosis cuando está tomando la droga. Interesa también para el nivel sérico del bromo, que es muy discutido en cuanto a su significado. Para unos se considera que provoca daño si está por debajo de 150 mg.% y para otros la concentración para que produzca daño es menor. Hay que tener en cuenta también que la intoxicación depende de la concentración y del tiempo que dura la concentración, no habiéndose concentrado relación significativa entre el nivel brómico y la severidad de los síntomas. Hecho el diagnóstico se puede afirmar también que la recuperación depende no tanto de la concentración sérica sino de la magnitud del daño cerebral y de la capacidad que tiene el cerebro para la recuperación. La recuperación se hace en pocas semanas o meses, contados desde que se suspende la droga. Esta duración tan prolongada sirve para hacer la diferenciación con el delirio alcohólico que dura 4 - 5 días.

El tratamiento.- De la psicosis sigue los lineamientos generales que corresponden a los que se han dado para la terapéutica de los sindromes cerebrales agudos; pero se recomienda que se dé más importancia al descanso, así como a la conveniente administración de alimentos y líquidos.

El insomnio es pertinaz y para combatirlo preferible usar el paraaldehido hidrato de clorar ; quizá la clorpromazina o algún otro tranquilizante. Algunos autores emplean mercuriales suponiendo que aceleran la eliminación del bromo; pero esto no ha probado ser de valor debido a que como ya hemos dicho la concentración del bromo en la sangre no es el único índice para verificar la superficialidad o profundidad del cuadro. Desde el punto de vista práctico, recordar que la presencia del delirio es un buen signo pues está indicando que algunos centros nerviosos inferiores están librándose, están recuperándose más rápido que los centros superiores. Esta situación de aparente agravamiento no obliga al médico a administrar más barbitúricos, más bromo más sustancias que lleven al control del delirio, pues la presencia de éste está indicando que el paciente se está recuperando.

Varios estudios se han hecho para relacionar las concentraciones del bromo con la gravedad de los síntomas. Por ejemplo Criptowan y Pavlov hicieron un estuido en 128 pacientes hospitalizados durante largo tiempo quienes tenían niveles altos de bromo sérico, que iban de 50 a 100 mgg.% o más. Se encontró el 41%, por preparaciones médicas y el 34% por causas no definidas exactamente.

Del grupo, el 29% presentó delirio agudo con desorientación, alucinaciones y confusiones abundantes; el 37% mostró delirio subagudo con fallas en la memoria, apatía, ataxia, irritabilidad; y el 38% evidenció algunos sínto-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mas que podían atribuirse exclusivamente al bromo. Los mismos autores destacan, en base a los dosajes y manifestaciones sintomáticas, que muchas veces los síntomas pueden no presentarse hasta sobrepasarse los 150 ó 250 mg. de bromo en el suero, y que los mismos síntomas pueden persistir bastante tiempo después de suprimida la ingesta, además de la baja marcada del bromo en el suero. Se cree que todo esto se debe q auq elas estimaciones que se hacen en el suero no reflejan la cantidad de bromo acumulado, pues habría una porción de bromo intracelular. Debido a esto los autores concluyeron que el bromo no debe ocupar un lugar preferente en la farmacopea y que las prescripciones de los médicos lo mismo que las preparaciones que se expenden deben ser muy restringidas.

3) SINDROMES CEREBRALES AGUDOS ASOCIADOS A INFECCIONES Y A ESTADOS DE AGOTAMIENTO

Se incluyen en estos sindromes las psicosis infecciosas y las psicosis por agotamiento, que tiene una etiología muy diversa, pero que al mismo tiempo son muy similares en el cuadro clínico. La psiquiatría americana no incluye en su nosografía la psicosis por agotamiento y la infecciosa,pero como las descripciones son muy similares, pueden estudiarse, bajo el rubro de sindromes cerebrales agudos. Las psicosis infecciosas lo mismo que las exhaustivas son condiciones orgánicas muy frecuentes que ven los médicos prácticos, y que llevan a muchas variedades de desórdenes cerebrales agudos llamados psicosis infecciosas, exhaustivas.

La psicosis infecciosas pueden ser agrupadas:

a) Infecciones del sistema nervioso central.- En las que se incluyen meningitis de tipo focal, tuberculosis y las encefalitis reumáticas la malarie y la viral.

b) Infecciones sistemáticas febriles agudas.- Como por ejemplo: colera, difteria, erisipela, mononucleosis infecciosa, disentería, influenza, lupus eritematosos sistemático, malaria, neumonía, fiebre reumática, tifus, fiebre de las montañas rocallosas, fiebre escarlata, tétanos, tifoidea.

Rasgos Clínicos Asociados con las Infecciones.- Tanto para las psicosis infecciosas de los grupos de infecciones del sistema nervioso como para las sistemáticas, el término común que describo los casos clínicos corresponde al delirio. Hay que recordar a Listein y a Simon, quienes precisan que: "delirio es un complejo y no una enfermedad". Es necesario de que el médico elimine la idea errada de que causas separadas dan cuadros psiquiátricos diferentes. Lo que hay que retener es que cualquiera que sea la causa del delirio los rasgos clínicos son esencialmente similares.

Noyes considera tres tipos de delirio según las relaciones temporales al estado febril de la infección subyacentes:

- Delirio inicial.
- Delirio febril.
- Delirio post-febril.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Streker Edwards y otros destacan como síntomas precoz de los rasgos clínicos asociados con infecciones, un disturbio de la conciencia que va desde la confusión mediana hasta el estupor completo, pasando por un estado de desorientación. Señalan que al mismo tiempo hay cambios en la memoria con disturbios especialmente en la retención y perturbaciones de la aprehensión en situaciones cotidianas.

Conforme se va agravando la situación surge lo más llamativo, al delirio en el que hay alucinaciones, que se presentan en todas las esferas pero especialmente en el área visual, auditiva y tactil. Se caracterizan estas alucinaciones porque son bizarras, porque dan lugar a que el paciente tenga temor y que sean interpretadas como amenazantes.

También hay deluciones que provocan miedo y que tienen preferentemente un contenido persecutorio y paranoide. Cuando están unidas a alucinaciones tactiles, el paciente supone que es víctima de un ataque sexual. Este tipo de deluciones fluctúa de tiempo en tiempo lo mismo que las alucinaciones. Son frecuentes también las ilusiones que en forma general están cargadas de miedo y aprehensión, tal como ocurre por ejemplo cuando un paciente interpreta una conversación como si se le fuera a dar veneno, o que algunos son considerados como que está ocurriendo un incendio.

El humor en el delirante se caracteriza porque hay labilidad que va desde la irritabilidad hasta la cooperación y euforia, en estos casos el paciente puede recibir un reaseguramiento por parte del médico cuando se le hace una explicación y persuación que debe repetirse cada vez se aclara la conciencia. El discurso del delirante varía de acuerdo a la profundidad del delirio. Así el delirio es mediano, el discurso es más o menos coherente y está coloreado por las experiencias del enfermo; si el delirio es grave, el discurso es incoherente e ininteligible e incluso en estos casos el enfermo puede fijarse en hechos concretos y dar respuestas coherentes y lógicas aunque en forma fugáz. En consideración a esto no deben hacerse preguntas largas pues el enfermo se confunde más y se fatiga.

Con relación a la conducta del delirante también hay variaciones según el grado de profundidad del cuadro. Si es mediano, el paciente reacciona a las experiencias alucinatorias y entonces puede empezar a correr, asaltar a las enfermeras, agredir a otros paciente o a los familiares. Si el delirio es severo, el paciente está estupuroso, permanece en la cama monologando o ejecutando movimientos reiterados con la ropa de cama, silencioso y musitando. Esta conducta puede parecer irrelevante pero si se vincula al contenido delucional se hace comprensivo para el médico que debe actuar en consecuencia.

No se debe de olvidar que la enfermera tiene que llevar a cabo su rutina y siempre tener en cuenta el peligro potencial del paciente para sí mismo y para los demás.

Se hacen algunos hallazgos físicos en el sujeto delirante y a estos hallazgos son importantes según los agentes etiológicos básicos.

Pero lo que es de regla es que el enfermo siempre aparece agudamente comprometido. Hay una inestabilidad vasomotora que se revela por bochornos, sudor, pulso irregular, respiración irregular, intranquilidad; hay temblor de dedos, manos, labios, la temperatura también es variable de acuerdo al pacien

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

te y su resistencia somática y de acuerdo al agente etiológico. El paciente puede presentar quejas como dolores, cefaleas, debilidad, que son quejas que se exponen especialmente en los intervalos lúcidos. En los períodos de excitación la presión arterial aumenta, mientras que baja cuando hay estupor; por esto hay que recordar que si permanece alta es que el sistema cardiorrenal está compensado y menester tener las precausiones del caso.

Rasgos Clínicos Asociados con Agotamiento .- De acuerdo a la causa el cuadro típico del delirio puede estar presente, pero resultan especialmente como signos destacados los sigientes: pobre atención, inquietud, irritabilidad, dificultad para la concentración, depresión, ansiedad, temor hipersensibilidad.

Para Mayer Gross la exhaustación puede ser el rótulo para la ignorancia o incluye pérdida de la resistencia del sistema nervioso central o síntomas tóxicos, a depleción de vitaminas, y de coenzimas, todo lo cual interfiere con el metabolismo del sistema nervioso central. Mayer Gross, lo mismo que Henderson, piensan que en el pasado se ha dado mucho énfasis a la fatiga, la misma que como agente causal sería bastante importante en las psicosis funcionales como las esquizofrenias y las psicosis exhaustivas postinfecciosas que están ligadas a muchas infecciones crónicas como tuberculosis, hepatitis viral y osteomielitis; las psicosis exhaustivas ligadas a los estados puerperales como ocurre en las eclampsia, psicosis postpartum que es una psicosis reactiva y en la tensión pre-menstrual; psicosis exhaustivas ligadas a estados post-quirúrgicos con referencia especial al ion potasio; psicosis de exhaustación misceláneas vinculadas a enfermedades cordiadas, enfermedades cardiorrenales, anemias perniciosas, diabetes mellitus; y por último psicosis ligadas a fatiga extrema como ocurre en la exhaustación de combate,en el stress y aislamiento.

4) SINDROMES CEREBRALES ASOCIADOS CON LA FATIGA, CON EL STRESS Y AISLAMIENTO

a) Fatiga Extrema.- La fatiga como agente causal de psicosis funcional probablemente ha sido exagerada y por ello en la actualidad se le adjudica un rol menos importante que la personalidad; en realidad es probable que la fatiga tenfa un rol solamente principiante. Sin embargo la fatiga extrema sería un factor importante en las llamadas neurosis de guerra o en los estados de exhaustación de combate. En la descripción de la exhaustación, Grinker y Splelel señalan que hay ansiedad temor, intolerancia a la frustación, sueños guerreros, insomnio, aprehensión sobre la posibilidad de regresar al combate, temor, nostalgia, Von Haison señala que la fatiga por si sola no dá lugar a neurosis de combate, aunque la fatiga física produce mayor cantidad de perturbaciones psiquiátricas, debido a que hay menor resistencia al stress emocional.

Bosger y Erickson piensan que la psicosis genuina es infrecuente pero si aparece tiene matices paranoides. Además, quienes hacen pseudopsicosis fracasan con las primeras dificultades del combate, de tal manera que los que hacen psicosis verdaderas ya han tenido que estar luchando antes de sucumbir. Ranson considera que algunas reacciones catalogadas como anormales en el medio civilizado pueden ser refutadas de normales bajo las condiciones stresoras del combate.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

b) Stress y Aislamiento.- Existen referencias de gente bien ilustradas y de gente con poco instrucción que las dado inmediatamente o que las han dado mucho tiempo después de los sucesos en los que han tenido que soportar el stress y aislamiento. Ambos grupos dan cuenta de stresores ligados a daño aislamiento, supervivencia, exhaustación; otros han escrito sobre la soledad del mar o en el polo y otros lo han hecho con respecto a confinamiento en prisiones. Las experiencias que pueden recolectarse por las referencias de estas personas que han hecho frente a todas circunstancias, pueden catalogarse como alucinaciones en las esferas visuales (que son las más comunes), las auditivas menos frecuentes y las del gusto y tacto que son bastante raras; se dan también las deluciones que son del tipo de gran iosidad y daño, que se dan como síntomas de presión y miedo, que deben ser compatidas por el mismo sujeto.

Se han hecho experiencias creando condiciones simuladas y se han verificado que la vida previa permite que la supervivencia se afecte con menos distorsión de la realidad. Se han hecho dos principales tipos de experiencia. El primero reduciendo los modelos de estímulos, por ejemplo poniendo al sujeto en cama, en una habitación con aire acondicionado, con los ojos cubiertos, y con las manos y brazos sujetos; el otro grupo de experiencias se refiere a reducción de la intensidad de los estímulos, por ejemplo colocando a un sujeto suspendido en un tanque de agua, con la temperatura controlada, mientras la respiración se hace con un aparato que cubre la cabeza.

Es importante señalar que aunque los síntomas son semejantes para los dos tipos de experiencias, la duración es muy distinta. Así el sujeto que le reducen los modelos de estímulos pueden permanecer 3 días en la experiencia; al sujeto que se le disminuya la intensidad de los estímulos apenas soporta tres horas.

Entre los síntomas que se presentan en el caso de reducción de los modelos de estímulos se encuentran dificultad de concentración, aumento de la susceptibilidad, irritabilidad, mayor deseo de estímulo para accionar y para comunicarse. En el caso en que se hace reducción de estímulos, los síntomas son parecidos pero de menor intensidad y profundidad, debido probablemente a que el tiempo es muy breve, las experiencias de la reducción de los modelos de estímulos ya al tercer día aparecen alucinaciones y deluciones que algunos autores las comparan a las que se presentan por la intoxicación con la mescalina. Estas dos clases de experiencias simulan bastante bien la vida que se lleva en el polo, en las prisiones, etc.

Con relación a las condiciones mentales que se encuentran en los campos de concentración, los informes no son iguales; hay contraversia, generalmente se señalan rasgos de brutalidad, sadismo, enfermedad pero en realidad se hacen pocas referencias psicológicas con excepción de señalarse actitudes de miedo, repulsión, disgusto, depresión. En el campo de concentración hay algunas referencias que coinciden bastante bien con las informaciones de las informaciones científicamente orientadas. Es decir, tanto en los relatos de quienes han vivido en los campos de concentración como en las referencias proporcionadas por autores científicos, se encuentran puntos de coincidencia en los siguientes síntomas; sentimiento de alejamiento, torpeza o falla de adaptación social, apatía, melancolía, pérdida del apetito sexual, bloqueo emocional, infantilismo regresivo, quie-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

bra de los standards morales, pero al lado de estos síntomas es muy importante señalar que no se destruían los sentidos de belleza y amor.

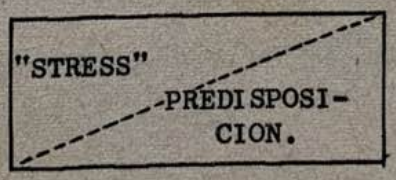
Strassman, Taller, Shanon destacan que los ajustes defensivos de los prisioneros americanos en Corea eran dados por el aislamiento, que si llegaba a la apatía, condicionaba la muerte, si es que la dependencia era tan grande que el sujeto se mostraba incapaz de cuidarse por sí mismo. Sin embargo los autores consideran que la apatía sirve para mantener la integración de la personalidad cuando se encuentran stress muy severos.

DESORDENES SITUACIONALES O REACCIONES PSIQUICAS ANORMALES

Se incluyen dentro de este rubro, reacciones psicobiológicas más o menos transitorias y agudas ante situaciones de "stress" sin un aparente transtorno inicial de la personalidad.

Los síntomas son los medios inmediatos empleados por el individuo en su esfuerzo por adaptarse ante una situación abrumadora y amenazante.

Si existe una buena capacidad de adaptación los síntomas remiten generalmente cuando la situación de "stress" disminuye. Estos transtornos se oponen a los psiconeuróticos que tienen un cursmo más bien crónico, con exacerbaciones intermitentes, y que se hallan condicionados, en parte, por conflictos interiorizados durante la niñez, sin embargo la exacerbación intermitente de los desórdenes psiconeuróticos pueden deberse a fenómenos de descompensación por la intervención de alguna sobrecarga situacional que agrave el "stress" provocado por los conflictos interiores. Por eso no pueden oponerse rígidamente dichos transtornos a los puramente situacionales. Más bien se da una combinación de factores de stress situacional con otros de diversas predisposiciones, unos y otros en mayor o menor proporción.



No hay pues una separación tajante entre los desórdenes psiconeuróticos y situacionales.

En la práctica médica pueden verse transtornos de tipo situacional como respuesta a "stress" con motivo de:

a) Desastres naturales: incendio, terremotos, aluviones, accidentes de automóvil.
b) Pérdidas más o menos súbitas.
c) Situaciones de combate.
d) Situaciones de amenaza a la vida, tipo intervenciones quirúrgicas, enfermedades agudas o crónicas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Diagnóstico.- Un rasgo distintivo es el papel proponderante del "stress" situacional, la intensidad y relativa agudéz del acontecimiento "traumático". En su ausencia presumiblemente no hubiera aparecido el "desorden" situacional.

Cualquier tipo de cuadro clínico puede seguir al "stress": reacciones de conversión, de disociación, depresivas.

Síntomas y características clínicas:

1) Son comunes: inquietud, "nerviosidad", tensión, insomnio y otras manifestaciones directas de angustia.
2) Fenómenos "con ersivos".
3) Reacciones disociativas. De frecuente presentación son los "desmayos" o sea una reacción primitiva que excluye el estímulo traumático o de stress, a través de la interrupción de la actividad perceptiva.
4) Síntomas depresivos y de fatiga emocional.

Otras características son: a) la "preocupación" obsesiva, y b) los ensueños terroríficos repetitivos.

Es posible que tengan una finalidad u objetivo desensibilizador.

Existen marcadas variaciones individuales como respuesta a varios grados de "trauma" o "stress".

La reacción al stress es un asunto individual, por cuanto pueden haber diferentes susceptibilidades o vulnerabilidades.

Al hacerse una estima o interpretación de la reacción al "stress" debe tenerse en cuenta el significado que la amenaza tiene para el individuo. En unos casos:

a) La amenza se presenta intempestivamente, en otros.
b) La amenaza puede presentarse progresivamente y se pueden hacer preparativos "defensivos".
c) O puede súbitamente desaparecer.

En situaciones de máximo "stress" casi no hay persona que no se desorganice o sea "capacidad adaptiva" tiene siempre un tope o punto de ruptura.

El efecto de situaciones de "stress" puede ser acumulativo.- A veces un individuo tolera muy bien una simple experiencia "traumática" o de "stress". El organismo humano ordinariamente tiene grandes poderes de recuperación con respecto al stress pero repetidos antes de que se haya recuperado el individuo le hace más vulnerable a los siguientes acontecimientos traumáticos:

a) La repetida exposición al stress (y el "stress" crónico) puede minar la confianza en la habilidad para enfrentarse a las amenazas.
b) Conforme aumenta el cansancio disminuye la tolerancia al stress.
c) Puede sobrevenir desilución, pesimismo.

Como resultado se agotan los recursos y energía psíquicas, vienen a menos las capacidades de adaptación.

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

La vulnerabilidad o predisposición resulta de la interacción de varios factores.-

a) Del factor acumulativo de situaciones traumáticas repetidas.
b) Por la activación de "conflictos" previos infantiles.
c) Por el nivel actual de importancia y desamparo subjetivos.
d) Por el nivel de seguridad personal.
e) Del estado físico actual (fatiga, agotamiento).

De acuerdo a la teoría de los conflictos previos.- Se halla una vulnerabilidad aumentada cuando las situaciones de "stress" psíquico semejan los conflictos de temprana edad (tendones de Aquiles emocionales). Se reactivan así conflictos infantiles y reaparecen viejas amenazas y angustias infantiles.

La reacción ante la amenaza puede:
a) precederle
b) acompañarle, o
c) seguirle, e incluso puede haber una reacción retardada.

Bajo presión "stress" cualquier persona reacciona, como todo organismo, con una movilización fisiológica y psicológica hacia la lucha o la húída. La constelación básica de los síntomas aparece como una manifestación de la reacción biológica lucha-fuga.

Si el desarrollo emocional de un individuo es relativamente completo, entonces su adaptibilidad será alta, sus tendencias regresivas bajas, y su vulnerabilidad mínima.

Historia natural de las reacciones situacionales (reacciones de "stress" intenso, por ejemplo de tipo desastre).

Se puede distinguir tres fases:
1) Un período de impacto del "stress".
2) Un período de suspensión del "stress".
3) Un periódo post-traumático o post-stress.

Cada uno de estos períodos pueden caracterizarse atendiendo al:
a) "stress"
b) duración y perspectiva temporal
c) los fenómenos psicológicos.

1.- Período de impacto.- Este período se caracteriza por el impacto del "stress" inicial y contínua hasta que ya se encuentra operando sobre el individuo o el grupo. Es el período del efecto máximo y directo del "stress"inicial.

En cuanto a la duración puede variar dentro de amplios márgenes. En catástrofes agudas puede durar un minuto hasta una hora.

La perspectiva temporal del período de impacto se refiere al presente inmediato al que se responde automáticamente.

En cuanto a las reacciones psicológicas es posible observar los siguientes grupos:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

a) De conducta ordenada y fría (12 - 25%) en ellos hay una buena conciencia de la situación, la evalúa y formulan y llevan a cabo algún plan de acción.

b) De reacción normal de atontamiento y perplejidad (75%) en ellos se restringe el campo de la atención, falta una conciencia de la reacción emocional o afectiva aunque se manifiesta la reacción emocional del miedo; se oberva comportamiento automático.

c) De reacción inapropiada (10 - 25%) pueden presentarse estados de disociación de conciencia, angustia con profunda inhibición síntomas conversivos: paralisis, tempestad de movimientos, "crisis" emocionales de llanto, gritos, etc.

2.- Período de suspensión del stress.- Se caracteriza por la suspensión del "stress", comienza cuando el individuo ha evitado el efecto directo del stress por ejemplo mediante el escape. Pueden presentarse otros "stress" (frío, heridas, etc.) Su duración varía. En este período la mayoría busca abrigo o refugio, se desplaza hacia hogares de amigos o parientes proporcionan una primera información de sus experiencias.

Durante este período hay un retorno de conciencia sí y de la situación. En la mayoría ocurre la primera expresión emocional manifiesta. durante la cual experimentan angustia, miedo ó cólera. Las mujeres pueden tener típico períodos de alternancia de llanto y risa con algún comportamiento perturbado.

La mayoría se dá cuenta de los realmente ocurrido; tienen necesidad de hablar de lo ocurrido (ventilar), encolerizarse con alguien etc. Emergen actitudes de dependencia, en la mayoría este período de dependencia es transitorio. A las actitudes de dependencia que se traducen en pedidos de que se les de algo, se les cuide, se asocia una necesidad de estar con otros (# de compañía) y de obtener un ambiente interpersonal estable, de apoyo. Este período representa la parte más importante de la respuesta al desastre.

3.- Período post-traumático o post-stress.- Los stress de este período derivan de aquellos del período inicial y son de naturaleza más bien "social". En este período se adquiere una cabal conciencia de lo que el "desastre" ha significado en términos de pérdida de vidas, de hogar, pertenencias. Comienza del establecimiento pleno de la seguridad después del "stress" inicial y cuando el individuo debe encarar los asuntos de su vida cotidiana pero un ambiente alterado en uno o más aspectos fundamentales. Este período dura mucho tiempo, a lo más toda la vida del sujeto, e incluye el período de rehabilitación y de re-instalación (nueva vivienda, trabajo, etc.) La perspectiva temporal de este período se refiere al pasado, el presente y el futuro. Las reacciones del período post-traumático pueden incluir: a) estados de angustia, fati-

Biblioteca Enrique Enc... | Hospital Víctor Larco Herrera

ga; b) episodios psicóticos; c)reacciones depresivas.

Los casos más severos y prolongados del llamado "sindrome traumático" se hacen aparentes en este período.

PRONOSTICO.- Depende de los siguientes factores:
1) La constitución emocional previa.
2) El grado de ruptura del equilibrio emocional.
3) La magnitud de la regresión.
4) La prontitud y adecuación del tratamiento.
5) La ganancia secundaria.
6) La situación vital presente y las perspectivas futuras.

1) Los individuos con escasa adaptabilidad, tendencia regresivas acentuadas, y mucha vulnerabilidad tiene un pronóstico relativamente malo. El individuo con fuertes tendencias de dependencia pasiva que encuentra gratificación en una enfermedad, tiene poco estímulo para recuperarse.

2) Algunas personas que han sido capaces de emanciparse de la dependencia de los padres y establecer una existencia independiente madura regresan a la dependencia de la infancia bajo el "stress". La amplitud de esa regresión depende: 1).- de la fuerza del trauma 2).- la estabilidad de la madurez y 3).- además de la gratificación encontrada en la regresión.

3) También importa para el pronóstico la rapidéz con que se establece un tratamiento acertado.

SECUELAS.- Probablemente la complicación más importante de la reacción situacional aguda es la "ganancia secundaria": una recompensa real o imaginaria para perpetuar la enfermedad; una tendencia a explotarla para fines ulteriores, para justificar la dependencia respecto de otros, para tiranizarlos, etc. Por lo común se trata de asegurarse una compensación; es una utilización secundaria de la enfermedad.

La ganancia secundaria puede prolongar una regresión de la que el individuo jamás llegará a recuperarse.

TRATAMIENTO.- 1.- La prontitud asegura la recuperación, sobre todo en aquellos casos donde la compensación puede ser importante. Contrarrestar tendencias regresivas.

2.- Resistencia pueden oponerse al tratamiento: a) para no modificar el nivel de (f) dependiente, b) para no eliminar la (b) protectora de la negación.

3.- Descanso, reaseguración, alimento, sueño, y empleo juicioso de sedación (coadyuvantes). Esto permite reintegración de defensas, restauración de los recursos psicológicos y la readquisición de un sentido de competencia personal sobre el ambiente amenazante.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

4.- Catarsis en manos hábiles.
El tratamiento debe basarse en la comprensión de la persona: a) de su estructura emocional, b) de las presiones ("stress") que actúan sobre él y c) de sus reacciones frente a esos "stresses".

El efecto terapéutico obedece en gran parte al hecho de que una misteriosa aflicción de repente se convierte en un problema comprensible.

Clasificación de los desórdenes situacionales o de las reacciones psíquicas anormales según las estructuras psíquicas:

a) Reacciones emocionales.
b) Reacciones motoras primitivas.
c) Desórdenes de la conciencia.
d) Reacciones paranoides.

a) Reacciones Emocionales.- En primer término tenemos las agitaciones emocionales reactivas. Se trata de intensos estados afectivos coléricos o angustiosos que cursan con descargas motoras bajo forma de vivos o intensos movimientos expresivos anormales. La reacción afectiva intensa se acompaña de inhibición del pensamiento o incapacidad de pensar ordenadamente y de manera ponderada (sindrome de ruina de la configuración psíquica) impulsos diversos (hétero o autoagresivos) intensa rabia, fuga angustiada, etc.)

Los impulsos ciegos pueden llevar a acciones en corto circuito (por ejm. infanticidio, suicidio, asesinato, destrucción de objetos, etc.)

Estas reacciones de excitación pueden, por así decirlo, irradiarse a otras situaciones y presentarse a propósito de estímulos parecidos o semejantes (generalización de respuesta).

Dentro del grupo de las reacciones emocionales, incluímos además, las depresiones reactivas propiamente dichas.

Las depresiones reactivas aparecen como respuesta comprensible a situaciones de stress psíquico o sicotraumáticas de fracaso, pérdida o decepción relativas a personas significativas. Se distinguen de las reacciones de tristeza normales por su intensidad y duración mayores.

En el cuadro clínico destaca la tristeza o el abatimiento al que acompañan con frecuencia angustia y, a veces, desesperación.

Las preocupaciones giran en torno de la situación precipitante, y se caracteriza por su rigidéz o escasa variabilidad. Hay falta de interés e indiferencia por el trabajo y cuanto pudiera "distraerlo" o proporcionar alguna satisfacción. Puede ocurrir un apagamiento e inhibición de las funciones vitales (apetito, sueño, energía, etc.) y suele presentarse una mengua de la voluntad y una dificultad para tomar decisiones.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Los sujetos responden al accidente precipitante, generalmente con desesperación, aunque también puede ocurrir una inhibición en general, reprochan a la situación o a las personas de lo sucedido.

Se presentan trastornos somáticos: dificultad para deglutir, para la digestión (dispepsia hiposténica) cefaleas, palpitaciones, impotencia, frigidéz, etc. Su duración oscila entre días y meses. En cualquier período de la depresión reactiva, existe siempre el peligro del suicidio. El curso puede prolongarse por movilización de disposiciones o factores endógenos.

El tratamiento incluye obligadamente una psicoterapia de tipo apoyo y el tratamiento farmacológico antidepresivo.

b) Reacciones motoras primitivas o hipobúlicas.- Estas reacciones primitivas de movimiento cursan o no con un estado crepuscular simultáneo.

Se describen reacciones de pánico con tempestad de movimientos o reflejo de inmovilización, ataques psicógenos de furor caracterizados por descargas afectivas elementales en las que el sujeto se golpea ciegamente o revuelca por el suelo.

En otros casos aparece de súbito ante una situación de "stress psíquico" insoportable o intolerable, una tendencia ciega a la fuga, sin objeto definido, o un andar errante

Dentro de este grupo cabe mencionar, además, el estupor psicógeno, estado de inmovilidad y mutismo, muchas veces con una conciencia estrechada, crepuscular.

Estas reacciones se presentan en situaciones de stress psíquico masivo y con frecuencia en personalidades infantiles o inmaduras y en débiles mentales.

c) Desórdenes de la conciencia o reacciones primitivas de tipo hiponoico.- Estos son los estados crepusculares psicógenos. En ellos la conciencia se estrecha y el mundo se percibe de manera incompleta y distorsionada. Tienen el significado de una evasión con respecto a la realidad dura, amenazante. Esta "huída" se consigue sólo de un modo incompleto, porque incluso en el estado crepuscular, reaparecen fantasías, e incluso alucinaciones, que tienen relación en forma proyectiva con la situación psíquica traumática. En otros casos en el estado crepuscular se consigue una verdadera "negación" de la situación de "stress psíquico" viviendo el sujeto en dicho estado bajo forma imaginativa, oniroide, una realización de deseos o necesidades básicas insatisfechas. Por último en otros casos, simplemente hay una suerte de anulación de todo vivencia relacionada a la situación psicotraumática, o de "stress psíquico" (amnesia psicógenas lacunares, simples estados de estrechamiento de conciencia poco productivos, etc.)

Los estados crepusculares psicógenos, cuando no se presentan complicaciones, suelen remitir después de unos días o semanas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

d) Reacciones paranoides.- En estas reacciones psíquicas anormales tras una situación psicotraumática o de stress psíquico de tipo especial (grave ofensa, humillación, verguenza, etc.) aparecen ideas erróneas o delusivas de ser tratado en forma hostil o crítica por los demás, de ser perjudicado, despreciado, etc. Para reaccionar así, es necesario cierta disposición paranoide de la personalidad consistente en una tendencia exagerada a poner en relación, sin base objetiva, los sucesos de las diversas situaciones a uno mismo, una susceptibilidad aumentada y una evidente tendencia al resentimiento o al "estancamiento" afectivo.

Biblioteca Enrique Encina - Hospital Víctor Larco Herrera

EPILEPSIA

Dr. Ethel Bazán Vidal

INTRODUCCION.-

La epilepsia se ha conocido desde la antiguedad, Hipócrates fué el primero en observarla en forma rigurosa y él le dá significación médico-científica, liberando esta condición de la connotación sagrada (mal sagrado como se le llamaba). Referencias a la epilepsia se tienen desde el coran y la afección sufrida por Mahoma, porteriormente Fedor Dostoyewski la describe nítidamente en sus obras como una autoobservación. Muchos hombres célebres han tenido este mal, se afirma que la tuvieron Julio César, Alejandro el Magno, Lutero y otros.

En los últimos tiempos Hughlings Jackson, a fines del siglo pasado, postula la idea de que la epilepsia sería una descarga anormal de la energía de la corteza cerebral y posteriormente Hans Berger (1929) con métodos perfeccionados registra la actividad eléctrica cerebral, estos descubrimientos enriquecen notablemente el conocimiento de la afección, y Lennox introduce el término de dirritmia cerebral; para los cambios del ritmo eléctrico cerebral, presente en la epilepsia. Gibbs aclara la epilepsia psicomotora llevándola al extremo de definirla como localizada en la región temporal, de ahí que se denomina también esta forma epilepsia temporal.

La riqueza de síntomas psicopatológicos de la epilepsia ha motivado multitud de esfuerzos médicos, neurólogos y particularmente de psiquiatras y en años recientes la neurofisiología experimental está precisando muchos aspectos que aún quedan oscuros de la enfermedad. Las relaciones de tipo motor sensitivo, psíquico, con sus diferentes manifestaciones en el comportamiento, motivación, aprendizaje, percepción. Ya son conocidas las múltiples experiencias en animales y aún en cerebros humanos con electrodos implantados en diferentes áreas de la masa encefálica.

En nuestro medio, en el lenguaje popular se le conoce con nombres variados, tales como "catacoral" en algunos lugares de la sierra, en otros de selva se le denomina "gota", además de otros. Muchos investigadores peruanos se han ocupado de la epilepsia mereciendo destacarse los trabajos de Federico Sal y Rosas.

DEFINICION.-

Hay muchas definiciones de epilepsia, la consignada por Seymur Salomon, es bastante abarcadora y dice: "Es un disturbio paroxistico recurrente de la función cerebral, manifestada por fenómenos somáticos, vicerales y fenómenos psíquicos, asualmente asociados con una pérdida o alteración de la conciencia".

Otra definición, que se inclina más por lo mental, es la anotada por Ervin y dice: "Es un estado de compromiso de la función cerebral caracterizado por un disturbio recurrente, periódico, paroximal de la función mental, con alteraciones concomitantes en la conducta o en el proceso del pensamiento".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Ey da tres definiciones, la psiquiátrica en la que enfatiza las alteraciones de conciencia y modificaciones de la personalidad; la neurológica orientada a las convulsiones, y la fisiológica como una descarga de electricidad en la masa de células neuronales por una sincronía excesiva (disrritmia).

Un análisis de las definiciones anteriores nos muestran que todas convergen en aspectos comunes, la recurrencia, peridicidad, paroxismo, y variedad de manifestaciones sintomáticas. La primera definición es la que mejor sintetiza los conceptos.

FRECUENCIA.-

La epilepsia es una enfermedad sumamente frecuente en todo el mundo, particularmente en el Perú no hay estudios completos sobre su prevalencia, sin embargo a base de indicios y proyecciones, Caravedo afirma que tendríamos unos 70,000 epilépticos.

Rotondo en un estudio bien estructurado en una zona definida, Mendocita, halla una tasa de 16 por mil. Sal y Rosas, luego de estudios detenidos afirma que en el Perú habrían unos 150 mil epilépticos.

Hay información confiable, de que en la población activa hay una prevalencia de 7 por mil y se concluye que dicha población, la productiva y rendidora, tiene unos 28 a 30,000 epilépticos.

En pediatría es de interés considerar, que un 36% de los casos tienen su primera crisis entre 1 a 10 años, el 3% entre los 11 y 20 años, quedando el porcentaje restante para las demás edades.

Una revisión epidemiológica de Rotondo advierte la prevalencia actual que fluctúa entre extremos de 3% a 0.06%, con valores de 0.2 y 0.5 en poblaciones de desarrollo socio-económico elevado. Las cifras más elevadas corresponderían a países sub-desarrollados (Nigeria-Perú). La prevalencia más elevada se encuentra en el sexo masculino.

Los diversos tipos de epilepsia comparando los estudios de diversos países e investigadores, son semejantes, excepto las crisis temporales que serían más frecuente en nuestro medio, condición que requiere más análisis y explicación.

CLASIFICACION.-

La epilepsia ha sufrido una evolución en su clasificación, en años pasados fueron clasificados como idiopáticos-esenciales o criptogenéticos o genéticos y adquiridos o sintomáticos. A medida que los conocimientos han avanzado la antigua clasificificación tiene un valor relativo. Posteriormente se enfatizó en aspectos clínicos y se hablaba fundamentalmente de gran mal, pequeño mal, y epilepsia psicomotora. Ultimamente la clasificación más aceptada es aquella que establece una correlación entre el fenómeno clínico o fisiopatológico (electroencefalográfico).

Según los últimos conceptos emitidos se clasifica la epilepsia en

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

tres grandes grupos:

1.- Epilepsia centroencefálica-generalizada.

2.- Epilepsia Parcial o Focal.

3.- Otros.

1.- Epilepsia centro encefálica: a) Gran Mal
b) Pequeño mal (Forma clásica)
Crisis mioclónicas.
Crisis aquinéticas.

2.- Epilepsia focal: a) E. Jacksoniana
b) E. Psicomotora (lobulo temporal)
c) Otros focos: Frontal-Medio temporal-Occip.

3.- Epilepsias de otras formas: Tipo variable.

1a- EPILEPSIA CENTROENCEFALICA - GRAN MAL.-

El clásico ataque convulsivo, se inicia con aura (aura o aviso) que puede ser vegetativa o psíquica, pero frecuentemente se inicia con un grito e inmediatamente hay pérdida de la conciencia con caída, aparecen convulsiones tónicas y luego clonicas, cianosis marcada. Las crisis duran 3 a 4 minutos. Con motivo de la caída el paciente puede sufrir heridas contusas, casi siempre en los mismos lugares del cuerpo, porque cada crisis es similar a la otra; además se puede apreciar mordedura de lengua, relajación de esfinter , eyaculación. Al examen se puede evidenciar Babinski, rigidéz pupilar.

Pasadas las convulsiones el paciente entra en un sopor o sueño inquieto de duración variable, despierta con cefalea y amnesia de lo sucedido. Cuando los ataques se repiten con intervalos muy breves, unos tras otros, se llama status epiléptico, condición grave que puede llevar a la muerte del paciente.

Al EEG aparece la clásica disrritmia, ondas paroxisticas espiculares, de alto voltage en todas las derivaciones. Posteriormente a la crisis, hay un período isoeléctrico con pequeña actividad eléctrica.

En muchos pacientes después del ataque puede aparecer bulimia, y depresión.

1b.- EPILEPSIA CENTROENCEFALICA - PEQUEÑO MAL.-

Clínicamente el pequeño mal puede pasar desapercibido por el paciente o por un observador poco acucioso, se caracteriza por crisis breves; de 10 a 30 segundos, en la forma más conocida de ausencia y las convulsiones mioclónicas y aquinéticas o atónicas. La ausencia es una pérdida momentánea de la conciencia la mioclónica puede no tener pérdida de conciencia y se aprecian movimientos espasmódicos cortos del cuerpo o por flexión o extensión del mismo. Las crisis aquinéticas se caracterizan por la pérdida momentánea del tono muscular, con compromiso de la conciencia, el paciente cae y se recupera rápidamente.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El petit mal es raro en el adulto y frecuente en el niño. Frecuentemente acompaña el gran mal.

El E.E.G. muestra un trazado de onda punta, de tres ciclos por segundo y activados por hiperventilación.

2a- EPILEPSIA FOCAL - JACKSONIANA.-

Se caracterizan por descargas motoras, de origen usualmente cortical, de patología que se puede precisar - cicatríz, lesión vascular - atrofia.

En la E. Jacksoniana, el foco de las convulsiones suele hallarse en la cisura central. El paciente generalmente no pierde la conciencia y aparecen temblores musculares, convulsiones parcelares en diferentes partes del cuerpo.

La evolución del cuadro puede llevarlo a la crisis del gran mal.

Ultimamente se prefiere hablar más de descargas motoras, dentro de éstas incluir a la E. Jacksoniana, como una de sus formas.

2b- EPILEPSIA FOCAL - PSICOMOTORA.- (E. TEMPORAL)

En el foco temporal anterior, se aprecian las típicas crisis psicomotoras, clínicamente se caracterizan por alteraciones de conciencia, que a veces suele confundirse con el petit mal, el paciente tiene crisis de musitación, movimientos de labios, gestos, frotarse las manos, frotarse los ojos o los genitales, salivación.

Al E.E.G. se aprecian disrritmias focal en zona temporal anterior, generalmente no espicular, del tipo delta y theta y en la intercrisis alfa beta.

2c- EPILEPSIA FOCAL - OTROS FOCOS.-

Los focos frontal, temporal medio, y occipital son frecuentes y pueden hallarse acompañando a crisis del gran mal.

En casos de foco frontal hay generalmente movimientos de los ojos y pensamiento forzado o impuesto. En la medio temporal hay propensión a movimientos faciales; y en el foco occipital predominan síntomas de tipo visual diplopico y otras, son formas raras.

3.- EPILEPSIA - OTRAS FORMAS.-

En este grupo se incluye un pequeño grupo de pacientes, muchos de ellos deficientes mentales, niños y adolescentes. Se caracterizan por crisis de tipo petit mal. Puede haber manifestaciones de gran mal y manifestaciones focales.

CRISIS PSIQUICA O DESCARGA PSIQUICA.-

Ervin amplia la forma focal de la epilepsia en lo que el llama descargas psíquicas, debido que muchos síntomas se manifiestan con alteraciones del

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

comportamiento.

Lo relaciona con la epilepsia temporal, y presumiblemente con alteración de la estructura limbica. Dichas descargas pueden preceder a las convulciones o ocurrir sin pérdida de conciencia.

De modo arbitrario se divide en 6 Categorías:

1.- Cambios en la percepción.-

Comunmente ocurre en la percepción visual y auditiva; en la visual notan cambios de los tamaños de los objetos, verlos muy pequeños, muy distantes, muy grandes o cercanos; igualmente, percepción auditiva distorsionada, confusa.

2.- Cambios en la conciencia del Yo.-

Los clásicos fenómenos de deja-vu (lo ya visto), jama-is-vu (jamás visto), o se a la experiencia de los ya vivido, de lo ya visto, de lo familiar o su recíproco. Se observan fenómenos de despersonalización o desrealización como suele verse en algunos esquizofrénicos.

3.- Cambios del Pensamiento.-

De modo particular el fenómeno del pensamiento forzado, el pensamiento en sí, una palabra o una sentencia que obstruye la conciencia. El contenido puede ser una obscenidad, una melodía, una frase. Los pensamientos pueden ser complejos, pueden recordarse después de la crisis u olvidarse.

4.- Cambios en el Humor y en el Afecto.-

Son crisis paraxísticas que varían del miedo a la felicidad, el éxtasis, como los descritos por Dostoyevski. Cuando los sentimientos son depresivos o que la vida no tiene objeto pueden llevarlos al suicidio. Las clásicas Distimias.

5.- Experiencias alucinatorias complejas.-

Son expériencias complejas, como se indica, de tipo visual, auditivo, tactil, más a menudo auditivos.

6.- Automatismo esterotipados complejos.-

Se diferencian de los automatismos con anublamiento de la conciencia, porque éstos son automatismos en la conducta exhibida, se repiten en forma estereotipada y luego de una observación atenta pueden ser esperadas, pues se parecen unas a otras con difelidad. Muchas veces se trata de hacer interpretaciones dinámicas y corresponden a un cuadro epiléptico.

7.- Estados Crepusculares.-

Son de gran importancia psiquiátrica y con proyecciones de medicina

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

legal. Estos estados pueden seguir a un gran mal, estar asociados a una epilepsia temporal o a petit mal.

a.- Estado crepuscular post-ictal.-

El paciente luego de varios ataques hace un estado confusional, incoherencia. Estado de agitación con contenido paranoide, alucinaciones y deluciones. El enfermo se torna agresivo y puede hacer daño. La conciencia está alterada y hay amnesia posterior. El cuadro suele durar minutos, horas o días.

b.- Estado Crepuscular ictal.-

En estos casos la conducta es organizada y el observador puede no darse cuenta que está frente a un estado crepuscular. Se dá con más frecuencia en loa forma focal de epilepsia. Los síntomas son muy variados y alternan con crisis de musitación, deglusión, frases inapropiadas, respuestas inapropiadas a estímulos externos; alteraciones en el pensamiento y puede haber agitación. Generalmente hay amnesia posterior o un recuerdo muy vago de algunos acontecimientos. Los enfermos pueden hacer largos viajes, fugas, cometer crímenes y actos delictuosos en general, protagonizar accidentes. Estos cuadros pueden durar desde un minuto hasta muchos días, generalmente son más prolongados los períodos si la comparamos con la forma post-ictial.

ASPECTOS PSIQUIATRICOS DE LA EPILEPSIA.-

La epilepsia, afección tan frecuente como se vió, cae dentro del dominio médico, psiquiátrico y neurológico, a nuestro turno cabe indentificar los problemas prioritarios psiquiátricos y la primera atingencia es establecer la importancia de la población epiléptica y como afectan las crisis a los que la sufren. Es obvio que las complicaciones psicóticas son del dominio y manejo psiquiátrico, pero hay aspectos de caracter y problemas de tipo social que deben ser contemplados.

Carácter del Epiléptico.- Antiguamente se hablaba del carácter del epiléptico, como una condición pre-existente, el llamado carácter enequetico o ictafín, se postulaba como rasgos que traía el individuo desde la infancia. Ultimas investigaciones, particularmente las del hospital Hermilio Valdizán con Rotondo-Sánchez, postulan que el carácter epiléptico no sería nada más que una manifestación sintomática de la epilepsia, esta idea emerge de las investigaciones y observaciones con el tegretol, habiéndose observado que los rasgos caracteróllogicos se modificaron con el tratamiento.

Para los efectos de la clínica es menester anotar los rasgos que caracterizan a la epilepsia, de modo ordenado son:

a) Irritabilidad: con Irascibilidad
Inpulsividad
Explosividad

b) Viscosidad: con Lentitud
Estrechéz
Minuciosidad

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Formalismo
Adhesividad
Perserveración

c) Rasgos sociales: con Hipersociabilidad
Obsequiosidad
Hipoestesia social.

A los rasgos básicos anotados, se le agregan proligidad, religiosidad, síntomas hipocondríacos, rigidéz, querellancia.

No hay opinión unánime sobre la explicación del carácter epiléptico, desde Gibbs que la comprende tomando en cuenta la multitud de manifestaciones caracterológicas de la epilepsia temporal y posible compromiso límbico, hasta Steevens que no halla diferencia caracterológica entre todas las formas de epilepsia.

PSICOSIS AGUDAS RELACIONADAS A LA EPILEPSIA.-

Fué Kleist quien primero observó la relación de cuadros psicóticos aguos en relación a la epilepsia, posteriormente muchos autores han precisado mejor esta relación, especialmente por la evolución y modificación con la terapia antiepiléptica. Estas psicosis con frecuencia son diagnosticadas como esquizofrenia catatónica. paranoide o no diferenciada, observaciones y estudios más cuidadosos han precisado ya sea formas focales o centro encefálicas de epilepsia. De las diversas investigaciones realizadas se desprende que son más frecuentes en la epilepsia psicomotora y en menor proporción en las otras formas.

Se puede sumarizar las psicosis epilépticas en:

Epilepsia Centroencefálica - Psicosis.- Son episodios psicóticos por lo general de breve duración, varias horas por lo común, no hacen formas crónicas de psicosis.

Dos tercios de estas psicosis son de tipo confucional. Los trabajos de Dongiers concluyen de que representan estados post-ictales prolongados.

EPILEPSIA FOCAL - PSICOMOTORA.- Psicosis

Los episodios psicóticos son de larga duración, días o semanas. Los estados confusionales no siempre están presentes y se caracterizan por alteraciones afectivas, con ansiedad, depresión pero con conciencia aparentemente clara. Se aprecian cuadros paranoides en estos casos. La epilepsia temporal de las formas psicóticas similares a las esquizofrenias. En estos casos son de difícil diagnóstico muchas veces, aún cuando estudiados debidamente se observan que son jóvenes con antecedentes epilépticos previo a la psicosis.

Estado de Psicosis crónica y deterior Epiléptico.- En los hospitales mentales suele observarse cuadros crónicos de epilépticos, pero en necesario detenerse a considerar la serie de factores que intervienen para ello, tales como la frecuencia de ataques no controlados, la segregación social, la sobre

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

medicación, y la falta de atención. Los estudios detenidos de estos pacientes muestran que la mayoría son del tipo psicomotor, especialmente los que tienen síntomas esquizofrénicos.

Cuando se ha establecido el deterioro el pronóstico es generalmente malo, aún cuando se está trabajando para ayudarlos con psicocirugía.

Problema Social del Epiléptico.- La epilepsia representa un grave problema por su frecuencia.

Los problemas específicos son:

a.- Incomprensión de la colectividad por falta de información.

b.- Perjuicios de contagiosidad, incurabilidad, herencia.

c.- Rechazo al epiléptico - Interpretación mística.

d.- Rechazo y segregación: estigma, loco, peligroso, retrasado.

e.- Regregación escolar: por los síntomas especialmente ataques.

f.- Rechazo en los centros de trabajo.

g.- Dificultades en la vida amorosa y en el matrimonio.

h.- Problemas económicos-indigencia. Falta de medicina. Falta de trabajo. Alteraciones en la familia. Carga improductiva.

FACTORES ETIOLOGICOS DE LA EPILEPSIA.-

Hay a considerar una serie de factores etiológicos en la epilepsia.

Tratándose de la epilepsia del niño y del adolescente:

a.- Enfermedades fetales (rubeola, tóxicos, etc.)

b.- Pre y perinatales: Malas condiciones del nacimiento, asfixia del recién nacido, uso indescriminado del forceps.

c.- Infancia: Encefalitis (virosis, infecciones y secuelas evolutivas)

d.- Tromboflebitis cerebrales por antiguas infecciones, afecciones del oído y la cara, etc.

e.- Displasia ectodérmica como el Reckinghausen.

f.- Hereditaria como la epilepsia mioclónica de tipo recesivo.

En adultos:

a.- Después de los 25 años, tumores, cuadros vasculares.

b.- Traumatismos encefalocraneanos, abiertos o cerrados. Los síntomas suelen presentarse después, a los 6 meses del TEC.

c.- Procesos vasculares, arteritis, lues, etc.

Factores Favorecedores.- Tales como los constitucionales y hormonales (la mayor frecuencia de crisis en la catamenia). Las convulsiones en los alcohólicos. Otros.

Herencia.- Se sigue estudiando este aspecto, y se precian familias

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

donde hay predominio de esta afección, como ya se dijo la mioclónia que es de tipo hereditaria recesivo. Conrad estudia la aparición de epilepsia en gemelos con 80% entre los univitelinos y solo 3.5% en bivitelinos, 4% entre hermanos.

Metabolismo y Otros.- La alcalinidad favorece la aparición de las crisis, condición que se procura con la hiperventilación. La glucosa y la hidremia aumentada también favorece la aparición de la crisis. (Las convulsiones infantiles merecen atención aparte).

DIAGNOSTICO.-

Se hará sobre la base de una cuidadosa anamnesis, examen físico, mental y neurológico. Un examen auxiliar importante es el E.E.G., aún cuando en oportunidades hay que hacer exámenes repetidos y con activación, así Ervin afirma que sólo el 20% de epilépticos tienen trazado anormal en condiciones corrientes, el porcentaje aumentaría con el sueño hasta un 80% de positividad. Se afirma que un 18% de individuos normales tiene un E.E.G. anormal. Para completar el diagnóstico, especialmente en las formas focales será necesario una serie de exámenes auxiliares de acuerdo a cada caso.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.-

Con patología no neurológica, hipoglicemia, deficiencia de piridoxina (según algunos autores), eclampsia, uremia, anoxia, anemia. Supresión de barbitúricos, anticonvulsivos y alcohol.

Con patología intracraneal, alteraciones cerebrovasculares, hemorragias, trombosis, neoplasias, abscesos, afecciones parasitarias (cistercercosis en nuestro medio), tuberculosis, enfermedad de Pick y Alzeimer. Traumatismo encefalocraneano; especialmente en atención de emergencia.

Histeria y Simulación.- En algunos casos es difícil, especialmente con la epilepsia temporal. El diagnóstico se hace sobre la base de las alteraciones de la conciencia (en la histeria no hay lateración de la conciencia y el paciente es influenciable por el medio ambiente), el tipo de convulsiones (en la histeria las convulsiones son desordenadas, no tienen el ritmo de ser tónico-clónicas, además suelen durar mucho tiempo, ya que sabemos que en la epilepsia duran de tres a cuatro minutos). Las alteraciones esfinterianas (en la histeria no hay relajación de esfínteres), babinski (no se presenta en la histeria). La hiperventilación puede precipitar una crisis epiléptica (no en la histeria).

TRATAMIENTO.-

En el régimen de vida se recomienda evitar conducir vehículos, hacer deportes violentos, Evitar todo exceso en la vida corriente. Se recomienda dieta cetógena y pocos azúcares.

Aparte de las medidas generales indicadas, se impone el tratamiento medicamentoso, psicoterapia y cirugía.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO. MEDICAMENTOSO.-

1.- Tratamiento contínuo, diario y prolongado.

2.- Los medicamentos deben asociarse y se buscará el equilibrio terapéutico. Se esperará seis meses antes de disminuir la dosis.

3.- La distribución de las dosis se procurará hacer de acuerdo al horario de aparición de las crisis.

4.- No esclavizarse a un esquema de tratamiento, ser flexibles.

Específicamente:

- Gran Mal.- Fenobarbital: 0.10 a 0.30 gr. por día (transtornos secundarios del tipo de la somnolencia).

  Hidantoínas: 0.10 a 0.40 gr. (Transtornos secundarios cerebelosos, hiperplasia gingival, toxidermia).

  Las hidantoínas actúan más en la fase tónica de la convulsión; se acumula en el cerebro, Tienen que pasar algunos días antes de que se vean los beneficios. Se necesita un factor enzimático para su acción si el paciente no tiene esta enzima pueden producirse intoxicaciones graves, con ataques subintrantes y ataxia.

- Pequeño Mal.- Oxazolidinas: 0.90 a 1.80 gr. al día (Transtornos sec: fotofobia, neutropenia, erupciones).

  Tridionas: Tóxicas.

  Ethylmethilsuccinamida (Zarontín): 0.25 tres veces al día.

- Psicomotora.- Fenacetil úrea: 0.90 a 1.80 gr. (Transt. secund. alteraciones hepáticas y gástricas).

  Asociación de drogas.

Drogas coadyuvantes:

- Mysoline: Iniciar con 0.125 gr. y se puede subir a 2 gr. al día. Puede producir somnolencia.

- Diamox: (acetazolamida), 0.50 a 1 gr. Puede producir vértigos.

- Carbamazepinas: (tegretol), 200 a 600 mg. al día, tiene un mayor efecto sobre la sintomatología psíquica.

- Diazepán: (valium), indicado de modo especial en el status epiléptico, droga de elección para cortar los ataques subintrantes. Se prefiere la vía parenteral, iniciándola por vía i.v. y luego intramuscular (10 mgs.)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PSICOTERAPIA.-

Una buena relación psicoterapéutica con el paciente.

Una buena orientación para la continuidad de la terapia y rehabilitación.

Intervención en situaciones de estudio y trabajo; el paciente puede y debe estudiar y trabajar de acuerdo a sus aptitudes.

Una buena observación para modificar los aspectos psíquicos, con terapia medicamentosa.

Una atención especial de los cuadros psicóticos.

CIRUGIA.-

Especialmente en los casos focales.

Si el cuadro psicomotor no se controla, se puede hacer hablación de la zona temporal anterior. En Massachussets Hospital, se descubren los focos con electrodos implantados y se destruyen los específicos. Estas intervenciones se programan en casos rebeldes al tratamiento médico.

En el Japón, se produce una lesión focal en los campos de Forel para el tratamiento del Gran Mal, (los campos de Forel son centros inhibitorios).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOGRAFIA DE EPILEPSIA (BASICA)

Freedman and Kaplan.- Comprensive Textbook of Psychiatry.
Chapter 10 - Neumology - Symur Salomon M.D.
Chapter 21 - Epilepsy - Frank R.Erving M.D.

Henry Ey.- Tratado de Psiquiatría.

Delgado Honorio.- Psiquiatría.

Rotondo Humberto y Col.- Psiquiatría Social.

Rotondo Humberto.- Epidemiología de la Epilepsia (Documento de Seminario 22-9-69).

Sal y Rosas F. (Varios trabajos publicados en diversas revistas de la Biblioteca de la U.N.M.S.M. Medicina.)

Noyes.- Tratado de Psiquiatría.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

TOXICOMANIAS

Dr. Ethel Bazan Vidal

INTRODUCCION.-

La toxicomanía se denomina también Adicción a drogas.

De acuerdo a la clasificación o nomenclatura vigentes, se incluye dentro de los trastornos psicopáticos de la personalidad.

DEFINICIONES.-

La Organización Mundial de la Salud la define así: "Es un estado de intoxicación periódica o crónica, perjudicial para el individuo y la sociedad, producido por el consumo repetido de una droga (natural o sintética). Sus características incluyen: 1) un abrumador deseo o necesidad (compulsión) de continuar tomando una droga, consiguiéndola por el medio que sea, 2) una tendencia a aumentar la dosis, y 3) una dependencia psíquica (psicológica) y a veces física de los efectos de la droga".

La citada definición es muy amplia y tiene connotación social y cierta ambiguedad. Para fines médicos se puede definir:

La Toxicomanía o adicción a drogas, es la dependencia del individuo respecto del agente (alcohol, morfina, cocaína, narcóticos, excitantes, analgésicos, etc.), dependencia que tiende a agravarse por la presencia de síntomas de abstinencia.

Definición de términos y fenómenos de la adicción:

- Habituación: Dependencia psicológica al uso de una droga. (Se usa el término para el problema general del abuso de drogas).

- Tolerancia: El individuo necesita mayor dosis de droga cada vez, para igual efecto.

- Dependencia física: Necesidad de la ingesta de la droga para aliviar el sindrome de abstinencia, provocado por el uso repetido de dicha droga.

- Sindrome de abstinencia: Varía de acuerdo al agente o droga, pueden aparecer síntomas desde ansiedad hasta convulsiones, siempre en relación a la situación en que el paciente no tiene droga; el sindrome se alivia con la ingesta o administración de la droga.

ASPECTOS LEGALES.-

Hay una serie de problemas legales en relación a la adicción. Los diferentes países tienen códigos que tratan de controlar el expendio de drogas,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

terapia de los adictos, etc. En el nuestro, el Ministerio de Salud norma a través de su departamento de Farmacia las drogas de expendio libre y aquellas de obligada receta médica para su venta.

Hay una serie de dispositivos legales que tratan de controlar el cultivo de plantas de tipo opio y coca, y producción de drogas.

En nuestro país aún no se ha resuelto el gran problema de cultivo de la coca, cuyo consumo llega de 8 a 10 millones de libras al año. Es tan grande la problemática de las drogas, que los países a nivel internacional colaboran para el control del comercio.

EPIDEMIOLOGIA.-

La prevalencia e incidencia de las toxicomanías es variable en los diferentes países. No tenemos datos estadísticos comparativos, difícil por la variedad grande de agentes; pero, puede afirmarse que es mucho mayor la prevalencia en las grandes ciudades, más frecuentes en los hombres que en las mujeres, en la época actual hay una tendencia a que aparezca en jóvenes, adolescentes y aún niños.

En el Perú no tenemos estudios epidemiológicos de las toxicomanías, pero se aprecia su aparición en grupos de bohemios, vida nocturna, y últimamente en adolescentes provenientes de capas sociales de extracción económicamente alta, a diferencia de EE.UU. en que la adicción toca más a las clases bajas, a los barrios más deprimidos.

Es necesario puntualizar también que los médicos, enfermeras y personal cercano a las drogas está expuesto al riesgo de la toxicomanía.

CLASIFICACION DEL AGENTE.-

T. Mayores: Opio y derivados, sucedáneos, cocaína.
Opio - boca: píldoras, pipas, restos (residuos de pipas), láudano, elixer paregórica.

inyecciones: morfina, heroína, codeína.

sucedáneos: petidina, demerol, metadona, fenadona.

Todo agente capaz de producir analgesia rápida: (R 875 y más de 100 derivados).

Cáñamo indio o Haschich - marihuana.

Cocaína - coca.

T. Intermedios: hipnóticos, anfetaminas, pervitina.

T. Menores: (con mayores reacciones psíquicas), barbitúricos, cloral, tabaco, café, éter, bromuros.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

T. de Reciente aparición: meprobamato, clordiazapóxido (librium), glu-
thetimide (doridén), dextropropoxipene (darvón).

T. Psicodélicos: Dietilamida del ácido lisérgico (LSD); Mescalina, A-
yahusca.

ADICCION A OPIACEOS.-

El opio es el preparado eje, que tiene dos tipos de alcaloides, los del tipo fenantreno y benzoquinolina.

Los productos derivados principalmente son: la morfina, codeína, heroí na, dilaudie. Los sucedáneos: petidina, demerol, metadona, fenadona, etc.

El opio se fuma en pipa, se toma en píldoras. La morfina, codeína y heroína se inyectan. Tomaremos a la morfina como ejemplo de toxicomanía.

Morfinomanía:

Inicio frecuentemente médico con motivo de cólicos, neoplasias, post-operatorio complicado, traumatismo, búsqueda de sedación, ocio o snobismo.

Los pacientes por el fenómeno de la tolerancia, aumentan progresivamen te la dosis hasta 2 y 3 gr. al día.

Diagnóstico:
El diagnóstico en la morfinomanía es fácil si el paciente acude voluntariamente a tratamiento, de otro modo se torno difícil. Se tienen indicios con motivo de la observación de ciertos signos exteriores, tales como marcas de inyecciones, abscesos. Un adicto tiene un semblante pálido, miosis, puede haber nistagmus, disminución del reflejo pupilar a la luz, hiporreflexia tendi nosa; constipación; parestesias y dolores, insomnio, inapetencia, impotencia, dismenorrea. Los pacientes se quejan de debilitamiento de la memoria y de la atención; ánimo hipomaniaco, baja de la moral.

Sindrome de Abstinencia:
Cuando falta la droga el paciente acusa midriasis, sudoración profusa, lagrimeo, rinorrea, náuseas, vómitos, diarreas, temblores, palpitaciones y has ta colapso.

La angustia y requerimiento de la droga son intensos, dura hasta 72 ho ras y persisten síntomas de irritabilidad y otros hasta 6 días.

Efectos Fisiológicos:
La morfina actúa sobre la corteza aumentando las inhibiciones sobre el tálamo y el hipotálamo, disminuye la reactividad emocional y dolorosa. Todas las sensaciones disminuyen menos el prurito. La actividad psíquica está deliciosamente exaltada (paraísos).

La morfina es vagomimética.

Hay un producto antagonista de la morfina, la N-alilnormorfina (nalli-

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

ne); 3 mg. de esta droga es suficiente para desencadenar el sindrome de abstinencia en estos adictos. Se usa como prueba diagnóstica.

Efectos Psicológicos:

Abolición del dolor, de la angustia. Apaciguamiento y tranquilidad exquisitas. Se produce una luna de miel con el tóxico, y después se depende de él. Dinámicamente se habla de regresión narcisista por la que el sujeto busca alivio de la tensión que engendran el dolor y la angustia.

Factores Etiológicos:

Aparte del agente intervienen factores socioculturales, ocupacionales y de personalidad.

Entre los primeros, tanto para la morfina como para otros opiáceos, interviene el factor del grupo social. La adicción es más frecuente en grupos de barrios deprimidos, clase baja, o pequeños grupos de clase alta.

En cuanto a la ocupación es frecuente para el caso de la morfina, en médicos, enfermeras, farmacéuticos y en gentes de vida licenciosa.

En cuanto a la personalidad, se hallan de varios tipos, los impulsivos los compulsivos, ciclotímicos, esquizoides.

Tratamiento: (Esquema para todos los opiáceos).

La práctica de centros de investigación en adictos indica que el tratamiento es largo y su control debe ser por más de 4 ó 5 años, con programas muy bien estructurados de rehabilitación.

Supresión de la Droga: la primera fase del tratamiento es la supresión de la droga, que deberá hacerse de preferencia en una institución especializada y con control estricto. Ingresado el paciente debe ser rápidamente historiado y examinado en el aspecto físico y mental. La historia debe particularmente indicar detalles, en cuanto a la droga, el tiempo, las dosis, vías de administración.

Debe contener datos sobre asociación de drogas, tipo barbitúricos por ejemplo. Para máxima seguridad, en centros muy bien dotados se hacen exámenes cromatográficos de orina.

Las asociaciones a barbitúricos son graves pues pueden desencadenar síntomas de abstinencia con convulsiones. Las asociaciones con cocaína, anfetamina, marihuana no son tan graves, pues éstos no tienen sindromes de abstinencia graves o no se presentan.

Los adictos a opiáceos raramente asocian a alcohol.

Hay dos métodos de supresión:

Rápida reducción: para todos los casos, se usa la morfina por dos o tres días, en dosis suficiente que impida la aparición del sindrome de abstinencia. La dosis y frecuencia depende de cada caso, pero raramente es mayor de 30 mg. por inyección cada 6 horas, vía subcutánea.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Los pacientes suelen mentir sobre las dosis que utilizaban, generalmente las aumentan, es por eso que el médico debe ser muy cauto en cuanto a las dosis, pues puede sobredosificar.

Pasados los tres días, se reduce la dosis entre 5 a 10 días, de acuerdo al paciente y su salud. La reducción se hace dosis a dosis, hasta llegar a 10 mg. por inyección; luego se sustituye la morfina por 30 mg. de codeína, por uno ó dos días en que se reduce rápidamente.

Aparte se hace un tratamiento general con glucosa al 5% en solución salina, bolsas de agua caliente, aspirina para la cefalea y los dolores; pequeñas dosis de barbitúricos; dieta necesaria y vitaminas de acuerdo al estado del paciente.

Después de los 10 días si hay síntomas físicos muy intensos se pueden inyectar 6 a 10 mg. de morfina, bajando la dosis progresivamnte.

Sustitución por Metadona: se estabiliza inicialmente al paciente con una administración oral de Metadona (1 mg. de metadona equivale a 3 a 4 mg.de morfina; 1 mg. de herína, 0.5 mg. de hidromorfina). Cuando no se tienen datos con el paciente, se puede iniciar con 10 mg. de metadonados veces al día. Una vez estabilizado, se va reduciendo la dosis progresivamente por un período de 3 a 10 días.

Es necesario tener en cuenta la asociación activa con barbitúricos, en tal caso se debe reducir paralelamente el barbitúrico o sustituirlo por pentobarbital.

Rehabilitación.-

Los pacientes con frecuencia tienen síntomas de abstinencia hasta por seis meses, por lo que se recomienda un control hispitalizado por este tiempo y 8 ó 10 meses más.

Durante este tiempo debe atenderse al estado físico, aplicar terapia ocupaciona, psicoterapia individual y de grupo. Se harán planes para el alta incluyendo posibilidades de trabajo. En algunos países hay grupos de adictos anónimos que ayudan a los pacientes.

CARACTERISTICAS DE OTRAS TOXICOMANIAS AFINES.-

Cáñamo indio: haschich-kif-marihuana.- Es más intoxicación aguda,con excitación, disociación, confusión con alucinaciones, éxtasis, sueño.

Es frecuente en países pobres, en Egipto y América Central. Grupos de adolescentes en Lima fuman marihuana.

Heroína: inyectable y por vía nasal.- Es la más destructura entre los opiáceos por su mayor potencia en comparación a otros para producir síntomas de abstinencia y deterioro

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de la personalidad.

Cocainismo: toxicomanía por cocaína-pichicata.- Es el uso de polvos de cocaína que se absorben por la naríz, en tomas de 5 a 30 cg. de 1 a 6 gr. por día. Es una práctica de ambiente de prostíbulo, garito.

Los pacientes tienen accidentes locales con rinitis, coriza, perdoración del tabique nasal. Pueden haber accidentes generales por sobredosificación, especialmente cuando han estado consumiendo droga adulterada y luego consumen alta dosis de droga pura.

Los afectos de la fase aguda son: 1) en la primera hora euforia, luego, 2) confusión, alucinaciones visuales coloreadas, tactiles, sentimientos de culpa, 3) somnolencia.

En las formas crónicas se aprecia además, conducta antisocial, agresiva, homosexualidad, psicosis paranoide con gran angustia que puede llevar al suicidio.

Cocaismo.- Consumo de hojas de coca en grandes zonas de la Sierra y agentes de la Costa de extracción serrana o flotante de ese origen. En el Perú se consume hasta 13 millones de libras por año de coca.

Es un problema aún no resuelto en nuestra Patria, es el indio esclavizado por la coca y otros problemas sociales no resueltos. La coca, de uso ceremonial en el Incario, se convirtió en arma de trabajo durante el Coloniaje y en la República ha continuado como parte de dicho instrumento. Tenemos el triste privilegio de ser los mayores consumidores de coca, herencia de la negativa traza cultural del Imperio Incaico.

OTRAS ADICCIONES DE IMPORTANCIA.-

Barbitúricos.- Los barbitúricos, drogas depresoras del sistema nervioso, pueden producir serios cuadros de toxicomanía; generalmente los pacientes inician el consumo por indicación médica, luego por automedicación.

El factor de personalidad es importante, generalmente son personalidades compulsivas, neuróticas muy ansiosas, tensas; en personalidades pasivo-agresivas y pasivo dependientes. Generalmente se asocia al alcoholismo, por ello es contraindicado tratar un alcohólico con barbitúricos, frecuentemente los pacientes pasan de una forma de adicción a la otra.

Los pacientes inician la toxicomanía para corregir un insomnio, mitigar una ansiedad y poco a poco van aumentando la dosis por la tolerancia hasta hacerse dependientes del barbitúrico. Las dosis llegan de 7, 10 hasta 20 cápsulas de 100 mg. al día de barbitúrico.

El diagnóstico se hace difícil a veces, se reconoce al paciente por estar con confusión mental, se notan combios en su personalidad, incoordinación motora. Al EEG hay un incremento de ondas beta, de 15 a 30 ciclos por segundo.

Los pacientes difícilmente revelan su afección.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Los síntomas de abstinencia son de ansiedad aguda, delirium tremens, convulsiones en algunos casos. Muchas veces el paciente es hospitalizado por sobredosificación ocasional; luego de 3 a 4 días de que deja la droga aparecen los síntomas.

Tratamiento: reducción progresiva de las dosis; si hay convulsiones ponerse a salvo que no haya al mismo tiempo una epilepsia. Se puede ensayar el pentobarbital como sustituto y luego reducirla.

Meprobamatos.- (ecuanil, miltown, apacil, sedersan, etc.)

Se presentan síntomas de abstinencia en el 90% de pacientes que toman 8 o más tabletas al día; con insomnio, temblores, tensión muscular, ansiedad, náuseas.

Cuando toman 16 tabletas al día se presentan síntomas severos, que pueden llegar a las convulsiones, (cada tableta generalmente es de 400 mgs.)

El tratamiento es de reducción rápida de las dosis. Para las convulsiones inyecciones de valium y las hidantoínas.

Clordiazepóxido (librium, reposal).- Se han descrito casos de síntomas de dependencia a esta droga, especialmente cuando las dosis son de 75 mgs. o más diariamente. Mayores síntomas cuando las dosis han sido de 300 mg. al día.

Los síntomas de abstinencia son: insomnio, anorexia, agitación, náuseas y convulsiones.

Tratamiento: igual que el indicado para los meprobamatos.

DEPENDENCIA A OTRAS DROGAS DEPRESORAS.-

Se producen con el Paraldehido, glutethimide (doridén), dextropoxipene (darvon) y otros.

Drogas Psicodélicas.- LSD, Mescalina, Ayahuasca.

LSD: la dietilamida del ácido lisérgico, droga en boga en los EE.UU., es de consumo oral preferentemente, los que la ingieren presenta el fenómeno de tolerancia rápidamente hasta 7 días y la pierden en 3 días; por ello pueden producirse graves casos de intoxicación.

MESCALINA: derivado del peyote; droga alucinógena, que crea una variedad de alucinaciones visuales.

Anfetaminas.- Las anfetaminas son drogas que se consumen con frecuencia después de la 2da. guerra Mundial y representan problema de adicción en las grandes ciudades, así en el Japón se afirma que hay unos 200,000 adictos y hemos visto casos de hijos de japoneses con esta adicción.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Se toma en forma de sulfato de anfetamina (benzedrina),dextroanfetamina (dexedrina), Preludin. Se usan solos o asociados a barbitúricos, analgésicos. En estos adictos se presentan transtornos de la personalidad, con irritabilidad, agresividad, violencia. Permanecen insomnes, anoréxicos. La falta de droga produce ansiedad, depresión, náuseas a veces.

Lo grave es el cuadro orgánico por cronicidad, con presencia de psicosis tipo esquizofrénico, maniaco depresivo, como complicación de la adicción.

EL ALCOHOLISMO

Superando muchos prejuicios y desconocimiento de la enfermedad, el alcoholismo se está poniendo en primer término como problema médico preventivo, correspondiendo a la psiquiatría ser la iniciadora de este movimiento, ya que en el futuro el control de esta enfermedad será, a no dudarlo, realizada por el médico general. Horwitz y Marconi nos informaron que en Chile habían programas magníficos dirigidos por médicos generales.

No podremos hacer prevención, mucho menos de tipo médico, si no nos ponemos de acuerdo y clasificamos los conceptos básicos y definimos el problema aparte de una buena experiencia.

Siguiendo un ordenamiento lógico en nuestra exposición debemos recordar los conceptos nucleares de Psiquiatría preventiva, cuyo enfoque es el que damos en esta comunicación.

DEFINICIONES.- Definir el alcoholismo es tarea un poco difícil, las que se han dado son un tanto vagas, salvo las de Marconi, que son las más aceptables.

La Organización Mundial de la Salud, define el alcoholismo como toda forma de consumo de bebidas alcohólicas que excede en cuantía a lo acostumbrado tradicionalmente en la comunidad y alcohólico a toda persona que bebe en forma tal que afecta su salud, su economía y sus relaciones interpersonales. Definición cultural.

Una definición clínica dice que es una enfermedad crónica o con tendencia a la cronicidad caracterizada por dependencia física al alcohol etílico y que se exterioriza por un impulso irresistible para beber, sea en forma contínua o intermitente.

La difinición de la Escuela Chilena, esbozada por Marconi, tiene connotación conceptual, explicativa, operacional y cultural, en realidad son 4 definiciones que clasifican el problema y son:

INGESTION PATOLOGICA DEL ALCOHOL O ALCOHOLISMO.- Enfermedad caracterizada por la presencia regular de dependencia socio-cultural y/o psi

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

copatológica y FISICA hacia el etanol. Esta última dependencia se manifiesta en forma de incapacidad para "detenerse" o de "abstenerse" después de la ingestión de alcohol.

INGESTION EXCESIVA SIMPLE.- Ingestión habitual (más de 3 días por semana) por dependencia socio-cultural y/o dependencia psicopatológica de más de 100 cc. de alcohol absoluto (más de un litro de vino, más de un cuarto de litro de bebidas espirituosas, más de dos litros de cerveza, etc.) en un día calendario, y/o la presencia de 12 o más estados de embriaguéz (con algún grado de incoordinación motora), en un año calendario.

INGESTION MODERADA DE ALCOHOL.- Ingestión habitual de menos de 100 cc. de alcohol absoluto en un día calendario y/o presencia de 12 estados de embriaguéz por año.

ABSTINENCIA DE ALCOHOL.- Ausencia absoluta de ingestión de alcohol o la ingestión de cantidades moderadas hasta 5 veces en un año calendario, en situaciones excepcionales.

Marconi delimita bien los conceptos teniendo en cuenta la cantidad de alcohol consumido, la distribución diaria, los efectos inmediatos y los factores inductores.

TIPO DE INGESTION DE ALCOHOL PARA SU CLASIFICACION
- Marconi -

a) Cantidad	b) Distribución	c) Efectos	d) Facores inductores
1.- Moderada	Remitente Intermitente Contínua	Sin embriaguéz	Sin o con dependencia socio cultural hacia el etanol.
2.- Excesiva	Remitente Intermitente Contínua	Con o sin embriaguéz	Con dependencia cultural y/o psicopatológica hacia el alcohol.
3.- Patológica o alcoholismo.	Remitente Intermitente Contínua	Con o sin embriaguéz	Con dependencia cultural y/o psicopatológica y física hacia el alcohol.

En relación a cantidad, aquella cifra de 100 cc. de alcohol absoluto que se fija como límite se deriva de una apreciación del 20% del número de calorías que podría ser aportado por alcohol, como cifra tope, y teniendo en cuenta el requerimiento promedio de calorías por día en el individuo que es de 3,000, aproximadamente se deducen las cantidades de licor precisadas al hablar de ingestión excesiva simple.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En relación a distribución, se llama remitente aquella forma de ingesta en que hay largos períodos de sobriedad y en la que desaparecen transitoriamente los síntomas fisiopatológicos, tal es el caso del cuadro conocido como dipsomanía, condición remitente; los períodos de sobriedad son largos, de muchos meses, que alternan con otros de ingesta o crisis de ingestión. La forma intermitente, se caracteriza porque los períodos de sobriedad son cortos, días o semanas. En la contínua solo hay horas de intervalo entre las sucesivas ingestiones.

Embriaguez.- Es la ingestión excesiva en una ocasión que produce cierto grado de incoordinación motora, marcha vacilante, caída. Dificultad para realizar movimientos finos, como los de abrir una cerradura.

Crisis de ingestión.- Es la presencia de dos o más estados de embriaguéz en el día durante dos o más días consecutivos. La crisis cultural se dá no más de 4 veces al año. La crisis patológica produce pérdida de días de trabajo.

Intercrisis.- Período entre crisis y crisis, puede el paciente beber sin llegar a embriagarse, dosifican la ingesta, esto puede encontrarse en alcohólicos del tipo patológico y aún en los excesivos.

Amnesia post-embriaguéz.- No es necesario que haya una total amnesia del período de embriaguéz; basta que haya lagunas de dicho período.

Dependencia física al alcohol, es la condición sine qua non para el diagnóstico de enfermedad o alcoholismo patológico. Comprende la: Incapacidad para detenerse (incapacidad para controlarse de Jellinek), se caracteriza por la aparición del deseo, compulsivo de beber luego de haber ingerido una pequeña cantidad de licor. El paciente no puede controlarse y continúa bebiendo. Este síntoma ha sido científicamente verificado por la escuela Chilena pues, el impulso a seguir bebiendo aparece cinco minutos después de la ingesta de la primera copa de licor.

Incapacidad para abstenerse se caracteriza por la presencia del deseo o necesidad de licor estando el paciente sobrio, ha dejado de beber unas horas o unos días. Siente el enfermo el impulso de beber, o busca compulsivamente el licor para calmar sus síntomas de privación. Resumiendo la incapacidad para detenerse, aparece después de la ingesta de una pequeña cantidad de licor, la incapacidad de abstenerse aparece estando el paciente sin licor y siente la necesidad de tomar.

La dependencia sociocultural está en relación a las costumbres, puede coexistir con la dependencia física o psicopatológica. Son las libaciones en las fiestas, fechas importantes, etc.

La dependencia psicopatológica, el paciente bebe para regular sus tensiones derivadas de una reacción situacional, neurótica o psicótica y orgánico cerebral. El paciente calma su tensión "refugiándose" en el licor como se dice generalmente.

EPIDEMIOLOGIA.- No hay estudios completos de prevalencia e incidencia, sólo parciales apreciaciones que proyectadas, nos dan cifras hasta de ~~240,000~~ 800,000 bebe

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dores anormales en el Perú. (1987)

Los estudios epidemiológicos del alcoholismo se hacen mediante:

a) Estudios de prevalencia por enfrentamiento directo ante determinados grupos seleccionados o heterogéneos. Un proyecto de esta naturaleza tiene en marcha la cátedra de Psiquiatría "B", del Departamento de Neuropsiquiatría del Programa Académico de Medicina de San Fernando. Se hace un estudio en una muestra mediante una encuesta debidamente probada.

b) Estudio de las consecuencias médicas (mortalidad, morbilidad) tanto del alcoholismo en sí como de sus complicaciones (Jellinek utilizó la cirrosis como índice para deducir prevalencia, fórmula que él mismo la discutió).

c) Estudios socio-económicos, ausentismo laboral, accidente, arrestos por embriaguéz, análisis de ingreso por alcohol en relación a la renta global, etc.

d) Estudio del consumo per-capita de bebidas.

De acuerdo a lo anterior en el Perú tenemos los siguientes datos:

1) El Perú ocuparía el primer lugar en el mundo de consumo per-capita de bebidas destiladas y el 7mo. de bebidas en general.

2) El 35% de choques y 9% de atropellos sería por el licor.

3) El 58% de detenciones por embriaguéz.

4) El 6.8% de las primeras consultas en el Hospital C.S.H. Valdizán en los 5 últimos años son por alcoholismo - Trabajo de los Estudiantes de Medicina - 4to. año - en preparación. (1969)

HISTORIA NATURAL DEL ALCOHOLISMO.-

ETAPA PRE PATOGENICA.-

AGENTE.- El agente es el licor o las bebidas con contenido de etanol. Sabemos que el alcohol produce 7.1 cal. por gramo, su acción en el huésped es en toda la economía, pero se manifiesta más en el Sistema Nervioso.

Debemos tener en cuenta que las bebidas necesitan ser rectificadas, en nuestro medio sólo llegan hasta el 30%, especialmente el "cañazo". Además contienen una serie de impurezas como ácido sulfúrico, jabones, pimentón, colorantes, etc., especialmente en las bebidas adulteradas. Cabe mencionar las trazas y cantidades de alcohol metílico de gran toxicidad.

De otro lado, el tipo de bebida, ya sea destilada o fermentada tiene importancia, por la diferente proporción de alcohol, aparte de las sustancias de tipo nutritivo que puedan contener.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El etanol es depresivo del S.N., la alcoholemia llega a 0.05% con un "trago" de bebida destilada y si sigue bebiendo puede, con 24 a 28 "tragos", llegar a 0.5 a 0.6% de alcohol en la sangre, con esta última cifra puede haber coma y muerte. Ciertos factores en el huésped pueden disminuir la alcoholemia, tal como el peso del sujeto, la tolerancia, la facilidad de oxidación.

El etanol en el Huésped produce efectos en toda la economía en el S.N. produce lisis neuronales que pueden llegar a atrofias, en el hígado: cirrosis. Produce polineuritis y se asocia a desnutrición. Ultimas investigaciones llevan a pensar en que lesiona el núcleo dorso mediano del cerebro.

AMBIENTE.- En el ambiente físico, el medio geográfico influye de tal modo que favorece o condiciona la mayor ingesta de licor, aparte de que permite el cultivo del material para la fabricación de las bebidas.

Desde el punto de vista socio-cultural, tenemos que la libación es una necesidad cultural, se bebe en fiestas, entre amigos, para contratos, como ritual, ceremonias, como la misa por su significado simbólico. Las costumbres profesionales, los que trabajan en fábricas, expendio de licores, el trabajo nocturno y el trabajo en general.

Se agregan los problemas de familia, comunidad. Además los prejuicios en materia de alcohol, generalmente cultivados entre bebedores, como la necesidad alcohólica, el significado de virilidad, etc.

HUESPED.- No todos los individuos expuestos al mismo riesgo del licor y desenvolviéndose en un ambiente similiar enferman, es un grupo el que se afecta aún cuando los factores de ambiente y agente sean grandes. Hay países donde la afección es mayor - Francia, Canadá, Chile, etc., porque la exposición ante el agente es mayor.

El factor huésped influye si se tiene en cuenta los factores de personalidad, son las personalidades de tipo pasivo dependiente las que más se encuentran entre los alcohólicos.

La poca capacidad para soportar situaciones conflictivas, en la familia, el trabajo y vida social. Las afecciones mentales que porta el individuo, como psicosis, depresión, neurosis, epilepsia, etc., que favorece se instale la enfermedad.

Mucho se ha hablado y se habla de la herencia debido a que en algunas familias hay varios alcohólicos, esto está en revisión porque es difícil separar lo ambiental de lo hereditario, muchas veces se hereda la cultura. Ultimamente se está trabajando en metabolismo, con implicancia hereditaria, los alcohólicos tendrían deficiencia en algunas enzimas que intervienen en el metabolismo del alcohol, esta deficiencia enzimática sería la heredada.

PERIODO PATOGENICO.-

Los clásicos estudios de Jellinek, quien observó 2,000 pacientes, precisa la enfermedad liberándola de su condición de vicio. De acuerdo a este autor tenemos:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

1) FASE PREALCOHOLICA.- Cuya duración aproximada es de dos años, tiempo en que las libaciones alivian las tensiones y el paciente bebe en forma anormal y cada vez requiere más alcohol para sentirse mejor. Esta fase pasa en forma inadvertida para muchos. Corresponde a lo que Marconi llama bebedor excesivo simple.

2) FASE PRODROMICA.- Dura un tiempo de 5 años aproximadamente y el bebedor vá dependiendo más del licor, hay mayor avidéz por la libación, bebe a hurtadillas. Lo más importante es la aparición de palimpsestos, amnesia de los perídos de la memoria aún cuando los que los observan los notan aparentemente conscientes y activos, el paciente no recuerda como llegó a su casa, le cuentan que peleó, se violentó o lloró. En esta fase hay intentos de abstinencia, pero domina la avidéz por el licor.

3) FASE BASICA O CRUCIAL.- Dura entre 5 a 10 años, aparece el síntoma de "pérdida de control" o "incapacidad de detenerse", o sea que cuando el paciente tomo una copa de licor tiene el impulso a seguir bebiendo, "se le pica el diente" como dicen y no pueden "detenerse" aparecen síntomas de dependencia física. Tratan de justificar su dependencia y la disfrazan bebiendo después de las comidas y con el "trago" en ayunas.

4) FASE CRONICA.- Esta fase aparece generalmente después de los 10 años, aún cúando puede ser antes. Epidemiológicamente se observa que son pacientes que pasan los 30 años de edad, son los que llegan a consulta médica por los síntomas de dependencia. El sindrome de abstinencia o privación es nítido, el paciente acusa temblores, insomnio, pesadillas, alucinaciones transitorias, sudoración, cuando ha dejado de beber.

COMPLICACIONES DEL ALCOHOLISMO.-

El alcoholismo con los síntomas capitales de dependencia física, se tipifica claramente, sin embargo es necesario recordar las complicaciones médicas y médico psiquiátricas.

El etanol ataca a toda la economía como ya se dijo, particularmente:

En el Sistema Nervioso actúa produciendo atrofia cerebral, polineuritis, impotencia sexual.

En el hígado aparece la conocida cirrosis, condición que le sirvió a Jellinek para su famosa fórmula; pués observó que en los EE.UU. con motivo de la Ley seca había descendido la mortalidad y morbilidad de la cirrosis.

En el Sistema Cardiovascular, existe una cardiopatía alcohólica, muy bien estudiada por los ingleses.

En general ataca a toda la economía, gastritis, etc.

Complicaciones médico psiquiátricas.-

1) Embriaguéz patológica (con licor), corrientemente se le conoce co-

Biblioteca Enrique Encinas J. Hospital Víctor Larco Herrera

mo "diablos azules" (aún cuando le dán esta calificación al Delirium tremens, que es muy diferente como veremos). Generalmente el enfermo con poca cantidad de licor se embriaga o puede hacerlo con buena cantidad, es el hecho que cambia de conducta haciéndose excito motríz, furiosa, alucinatoria. Muchas veces puede haber contenido celotípico, maníaco. La evolución es prolongada y lleva a un estado comatoso y con amnesia posterior del estado de embriaguéz. Hay una tendencia a la recidiva, estos pacientes deben dejar de tomar licor por todo el tiempo.

2) Sindrome de Abstinencia.- El paciente ya sin licor, tiene una serie de síntomas de privación, con inquietud, temblor, insomnio, pesadillas, angustia, alucinaciones transitorias. Estos síntomas de privación suelen aliviarse con la ingesta de pequeñas cantidades de licor. Los síntomas pueden ser leves o acentuados.

DELIRIUM TREMENS.-

(Sin licor), esta condición aparece cuando el sujeto está sin licor, circunstancia que permite a algunos autores a tipificarla como una forma acentuada del sindrome de abstinencia.

Forma sub-aguda, aparece con pesadillas, dura unas horas. El paciente se le observa con las facies, vultuosa, olor podálico. Tiene un delirio ocupacional, hay la impresión de que estuviera trabajando, el famoso "onirismo profesional". Hay abundantes alucinaciones visuales y auditivas, preferentemente de tipo zoópsico, animales y formas terroríficas, de preferencia son mayores en las noches, alucinaciones vividas, móviles. El paciente está ansioso. La temperatura suele subir a 38º. Hay depleción hídrica, albuminuria oliguria, polipnea, subictericia. Pueden haber consulsiones.

Forma aguda, son de inicio brusco, entre las 8 y 24 horas. Los síntomas son los indicados anteriormente pero más graves y duran entre 3 y 10 días La diferencia con la anterior es de grado solamente. Si la azotemia es elevada el pronóstico es malo, hay hipopotasemia, menor reserva alcalina, a evolución puede ser favorable o puede morir el paciente.

El examen anátomo-patológico muestra: encefalitis con congestión de meninges blandas, estado lechoso de la piamadre. Meningitis crónica no es específica. Lesiones en el cortex, especialmente en las capas ópticas (explica las alucinaciones visuales), en olivas vulbares. Extravasaciones sanguíneas, edema cerebral. Alteraciones del diencéfalo, cuerpos mamilares, pedúnculo y protuberancia.

La patogenia se explica por las lesiones del S. Nervioso y las que se producen en el hígado y las alteraciones electrolíticas.

Actualmente la mortalidad ha disminuído, y es condición de hospital general más que de hospital psiquiátrico.

ALUCINOSIS ALCOHOLICA (Sin licor).-

Estas psicosis se caracteriza por la presencia de alucinaciones audi

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tivas, con la característica de ser en tercera persona, es decir que el paciente oye que dos o más personas, generalmente dos o más hablan de él, que quieren matarlo, se ponen de acuerdo para hacerle daño, etc. Son enfermos que se encuentran con la conciencia lúcida, pero perturbada por las alucinaciones, con miedo intenso y para protegerse suelen armarse de cuchillos u otras armas, con el consiguiente peligro. Pueden haber intentos suicidas y aún homicida.

La evolución de la alucinosis es larga, dura desde días a muchos meses. Los síntomas suelen confundirse con los de la Esquizofrenia al punto que hubo un autor que le asimiló al circulo esquizofrénico. Los enfermos pueden mejorar y fácilmente recaen, aún impresiones más o menos grandes hacen que emergan los síntomas.

SINDROME DE KORSAKOFF

Es una psicosis alcohólica (se le llama sindrome porque no es exclusiva de el alcoholismo el cuadro amnésico dominante, puede encontrarse en sindrome orgánicos cerebrales por ejemplo) que se presenta luego de grandes y largas livaciones, se caracteriza por la amnesia de fijación y se conserva la memoria de evocación. El enfermo tiene incapacidad para formar nuevos recuerdos, así por ejemplo cuenta muchas veces un viaje y con detalles, pero olvida que ya lo contó, ésta es una versión clásica de Korsakoff que la observamos en clínica. Paralelamente hay una polineuritis en miembros inferiores preferentemente y simétrica.

La evolución frecuentemente vá hacia la mejoría en unos dos meses; pero, muchos de estos pacientes evolucionan hacia la demencia.
(Se considera como ya se dijo que hay lesión de los tubérculos mamilares).

DEMENCIA.-

Puede seguir al Korsakoff, así como, al delirium tremens. La demencia es irreversible.

OTRAS ALTERACIONES MENTALES.-

Celotípias.- Descritas desde la antiguedad, tanto que algunos clínicos afirmaban que detrás de un celotípico se hallaba un alcohólico. Es un cuadro con celos intensos que llegan hacer delusiones sistematizadas y con martirio al cónyuge.

Hay otras complicaciones mixtas - como el Wernike, Marchiafava, etc.

DIAGNOSTICO.-

Se deberá hacer:
1.- Diagnóstico del alcoholismo y el tipo.
2.- De personalidad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

3.- De condición subyacente, si la hubiera.

4.- De complicaciones (reactivas o psicóticas).

5.- De asociación con otras adicciones.

TRATAMIENTO Y REHABILITACION.-

Diagnosticado el cuadro de alcoholismo, con la dependencia física consabida, el enfermo no podrá ser nunca un bebedor social, el tratamiento por lo tanto, estará orientado a lograr que el paciente se acostumbre a vivir y disfrutar, sin licor. Si se admite que hay una alteración neu-fisiológicamente demostrable, se considera que las lesiones son irreversibles y de seguir bebiendo el paciente el mal progresa. Puede un paciente estar muchos años sin beber; pero, si toma una copa reaparece el síntoma de incapacidad de detenerse.

Tratamiento del alcoholismo en sí:

Principios:

1.- Psicoterapia individual.- Crear conciencia de enfermedad y que la acepte el paciente como tal. Apoyo. Educación.

2.- Terapia grupal.- a) Dirigida u orientada (Clubs de abstemios por ejm.)
b) Otros grupos - Alcohólicos Anónimos.

Atención y Orientación a la familia - a) Dirigidos (Servicio Social, Enfermería).
b) Otros - Alanon.

3.- Terapia farmacológica: a) De acuerdo a cada caso: ansiolíticos, preferentemente clorodiazepóxido a dosis medianas. Fenergan en los noches.
b) Polivitamínicos y hepatotrópicos.
c) No usar nunca barbitúricos.

4.- Dieta, sin licor (ni como remedio o tónico, estarán contraindicados los tónicos llamados elixir).

5.- Terapia aversiva.- a) Dilsulfiran(antabuse - busetal). Es buena la medicación si es bien usada. El paciente debe saber que toma el antabuse, los efectos que produce. Conviene hacer pruebas de aversión controladas médicamente.
Antes del uso de este fármaco, es conveniente un examen detenido cardiovascular, hepático y renal.
(El disulfiram altera el normal metabolismo del etanol y se produce una intoxicación por acetaaldehida, producto intermediario, cuyos efectos son dramáticos y pueden ser mortales con taquicardia intensa, algustia, sensación de muerte, hipotensión, vómitos y

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

diarreas, congestión de toda la piel del cuerpo).

b) Otros medicamentos para aversión: apomorfina (reflejos condicionados relacionando el vómito con el olor del licor y el ambiente de cantina). No tenemos apomorfina en el Perú. Se usa ipecacuana, emetina.

Se están ensayando en Inglaterra el metronidazole, con efectos similares al disulfiran, sin ser tan peligroso.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES.-

Embriaguéz patológica.- Atención al cuadro de embriaguéz (vit B6,etc) Lo fundamental evitar consuma licor.

Sindrome de abstinencia o síntomas de privación.- Puede durar de 3 a 15 días. Se usan ansiolíticos tipo clorodiazepóxido. Valium si hay convulsiones. Dosis altas de polivitamínicos y hepatoprotectores (nunca usar barbitúricos).

Delirium tremens.- Atención básicamente de medicina general y de preferencia en un Hospital General. Medicación sintomática. Ancona y Prigo usar aminoácidos por vía intravenosa y afirman cortar el cuadro en pocas horas. Hemos ensayado este tratamiento con buenos resultados. Hidratar, proteger el aparato cardiovascular. Mejorar el equilibrio electrolítico.

ALUCINOSIS ALCOHOLICA.-

Usar fenotiazínicos, tipo stelazine, meleril. Tratamiento y control prolongado.

KORSAKOFF.-

Altas dosis de vitaminas del complejo B, ac. nicotínico.

OTROS.-

De acuerdo a cada uno.

NIVELES DE PREVENCION EN EL ALCOHOLISMO.-

PREVENCION PRIMARIA.-
Sabemos que la eliminación del agente es completamente imposible en el mundo, por razones de tipo cultural.

PROMCION DE SALUD.-
Lo esencial en promoción es la Educación en Salud, iniciándose por las instituciones científicas, preferentemente las de tipo médico,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

magisterial, universidades, escolares, colegiales y estudiante de superior.
Educación en la Comunidad.

La educación dirigida al cambio de aptitudes, al conocimiento de la enfermedad y aceptación de la misma como tal.

PROTECCION ESPECIFICA.-
La legislación general que toque el tema de modo particular en relación a las bebidas alcohólicas. La seguridad social. La Salud Ocupacional.

La atención adecuada de las afecciones mentales. Consejo en las situaciones de crisis. La atención a los familiares de los pacientes.

PREVENCION SECUNDARIA.-

Diagnóstico Precóz y Tratamiento Oportuno
Siendo el alcoholismo una enfermedad toca al médico la responsabilidad de actuar frente a ella, lo hará:

- Con buenos programas en Hospitales Generales y especializados.
- Trabajo en equipo - Médico - A. Social - Enfermera S. P.
- Captación de casos, mejor en la fase de bebedor excesivo - Prodrómica.
- Difusión de la información y buena labor educativa.

PREVENCION TERCIARIA.-

Limitación de la Incapacidad y Rehabilitación
Este nivel de vital importancia y en el que se trabaja más actualmente, por la naturaleza y curso de la enfermedad. Sabemos que los pacientes tienden a las recaídas frecuentes, especialmente el 3er. y 4to. mes. Para la rehabilitación se requiere que siga actuando el equipo, se formen grupos tipo clubs de alcohólicos, grupos dirigidos. Se puede referir a alcohólicos anónimos, Alanon.

A este nivel también educación intensiva como en los otros niveles.

PSQUIATRIA PREVENTIVA EN ALCOHOLISMO EN EL PERU A NIVEL NACIONAL
No tenemos ningún programa de este tipo en el Perú.

PSIQUIATRIA PREVENTIVA EN ALCOHOLISMO A NIVEL LOCAL
No conocemos ningún programa a nivel local exceptuando un PROGRAMA MINIMO DE CONTROL DE ALCOHOLISMO EN EL HOSPITAL CENTRO DE SALUD "HERMILIO VALDIZAN", programa que tuvimos oportunidad de iniciar en equipo con el Dr. Almeida, Srtas: Monge, Murga, Gómez y Sra. Vivanco, enfermera de Salud Pública.

Nuestra información anterior no resta méritos a los trabajos aislados de Almeida, Griebenow, Añazgo, Bazán, en el Dispensario Antialcohóli-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

co, Hosp. del Empleado, Tarma, Tacna, respectivamente.

EL PROGRAMA MINIMO DE CONTROL DE ALCOHOLISMO a que hemos hecho referencia comenzó sus actividades en febrero de 1968, los objetivos y resultados iniciales que fueron expuestos en un Congreso Nacional de Salud Pública y son los siguientes:

OBJETIVOS:

1.- Lograr un trabajo integral y de equipo para la prevención secundaria, terciaria y primaria en alcoholismo.

2.- Lograr un conocimiento de los problemas del alcoholismo a nivel local y nacional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.- Lograrel máximo de control de los pacientes que acuden al Hospital.

2.- Despertar en la comunidad interés acerca del alcoholismo como problema de salud.

3.- Trabajar en equipo a nivel de paciente, su familia y la comunidad.

4.- Fomentar la investigación en alcoholismo.

5.- Hacer labor docente.

OBJETIVOS CONSTRUCTIVOS:

1.- Programar y ejecutar actividades educativas para:
   a) Miembros del Equipo.
   b) Personal del Hospital.
   c) Médicos y otro personal de salud de otras instituciones.
   d) Educación familiar.
   e) Educación en la comunidad.

LAS CONCLUSIONES EN LO DISTINTIVO:

1.- Se precisa cómo la labor en equipo logra un máximo de eficiencia.

2.- Se vé claramente cómo la condición peculiar y compleja del alcoholismo puede ser abordado si se toman en cuenta criterios operativos y conceptuales adecuados.

3.- Un sondeo estadístico muestra (a los 3 meses) cómo la labor programada aumenta en cuatro veces, sin propaganda, la labor anterior no programada.

4.- Que en nuestro campo es el primer esfuerzo programado en relación al alcoholismo.

5.- Que por nuestras peculiares características es difícil trabajar en equipo; pero, nuestro esfuerzo muestra que podemos superar actitudes individualistas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

B I B L I O G R A F I A

HORWITZ - MARCONI - GONZALO ADIS CASTRO.- Epidemiología del Alcoholismo en América.

ALMEIDA, Manuel.- El Alcoholismo en el Perú - Viernes Médico (27 set.68)

BAZAN, ALMEIDA, MONGE, MURGA, VIVANCO.- Programa Mínimo de Control del Alcoholismo en un Centro de Salud Mental.

HORWITZ - MARCONI.- Evaluación de Resultados del Tratamiento del Alcoholismo.

MORALES DE FLORES, Irma.- Tratamiento y Prevención del Alcoholismo en Costa Rica.

HOISBLAT, Israel.- Tratamiento de Enfermos Alcohólicos en un Hospital General de Deformes.- Valparaíso.

MORRIS, E. - CHAFETZ.- COMPRENSIVE TEXT BOOK OF PSYQUIATRI - Freedman and Kaplan - Chapter 27.

NOYES KOLB.- Psiquiatría.

HENRI EY.- Tratado de Psiquiatría.

BAZAN, Ethel y Colab.- Investigación Epidemiológica del Alcoholismo en la población atendida en el Hospital H. Valdizán. Actas del I Congreso Nacional de Psiquiatría. Nov. 1969.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SEGUNDA PARTE

PSIQUIATRIA ESPECIAL

1971

Lima-Perú

*****

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

S U M A R I O

1.- DESORDENES NEUROTICOS: Dr. Humberto Rotondo.

2.- DESORDENES NEUROTICOS: Fobias Obscesivo Compulsivo: Dr. A. Beyer

3.- DEPRESIONES: Dr. Humberto Rotondo.

4.- ESQUIZOFRENIA: Dr. Humberto Rotondo.

5.- PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA: Dr. Sánchez García.

6.- DESORDENES PSICOTICOS: Estados Paranoides: Dr. A. Beyer.

7.- DESORDENES SOCIOPATICOS DE LA PERSONALIDAD: Dr. A. Beyer.

8.- TRANSTORNOS Y DESVIACIONES SEXUALES: Dr. A. Beyer.

9.- BASES DE LA PSIQUIATRIA INFANTIL: Dr. Vital Scapa.

10.- PSICOFARMACOLOGIA: Dr. Vital Scapa.

11.- PSIQUIATRIA FORENSE: Dr. Sánchez García.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DESORDENES NEUROTICOS

1.- DEFINICION.- CLASIFICACION.-

De acuerdo a la Clasificiación y Nomenclatura de la Asociación de Psiquiátrica Americana "la característica principal de estos desórdenes es la angustia que puede ser sentida y expresada directamente o que puede ser controlada inconscientemente y automáticamente a través del empleo de diversos mecanismos psicológicos de defensa (conversión, aislamiento, desplazamiento, negación, etc.) En contraste con los psicóticos, los pacientes con desórdenes psico-neuróticos no muestran una alteración o falsificación grosera de la realidad exterior (desiluciones, alucinaciones, ilusiones) y no presentan una desorganización apreciable de la realidad".

"Estudio biográfico de individuos con tales desórdenes muestran desde temprano evidencias de desajuste período o constante de diversos grados. Un stress especial puede ocasionar una expresión aguda de tales desórdenes. La angustia en los desórdenes neuróticos es una señal de peligro o amenaza que se siente o percibe en la porción consciente de la personalidad. Es producida por emociones reprimidas, sobrecargadas que pueden ser impulsos agresivos como la hostilidad o el resentimiento, o reacciones ante la pérdida del amor, del prestigio, de la seguridad, amenazas de injuria corporal, etc. Los diversos medios con los que el paciente intenta manejar esa angustia, entiéndase bien de una manera no constante, dan lugar a los diversos tipos de reacción neuróticas".

Los desórdenes neuróticos incluyen una amplia variedad de manifestaciones clínicas eterogéneas y sindromes de origen psicógeno. Desde un punto de vista fhenomenológico se encuentran en ellos, generalmente, los siguientes elementos:

a) Angustia, más o menos manifiesta, más o menos controlada por mecanismos psicológicos de defensa.

b) Un conflicto intrapsíquico entre motivaciones conscientes y subconscientes o entre tendencias contradictorias, y cuyo origen es infantil.

c) Síntomas resultantes en descontento e ineficacia a más de problemas en las relaciones interpersonales.

d) Una estructura particular de la personalidad, la denominada estructura neurótica de la personalidad cuya orientación general es defensiva y que trunca o limita las posibilidades del sujeto.

De acuerdo a la clasificación y nomenclatura internacional cuando aparecen rasgos de más de una categoría la clasificación debe hacerse de acuerdo a la categoría predominante.

Esta clasificación es mucho más comprensiva que aquella de la A.P.A. pues incluye la categoría de neurosis hipocondríaca y la correspondiente al sindrome de despersonalización. Así tenemos las siguientes categorías:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

311.0.- DESORDEN DE ANGUSTIA.- Es este la manifestación principal es angustia excesiva, a menudo llegando al pánico presente en el campo psiquico o somático, difusa en su calidad, en que otros componentes psiconeuróticos, como fenómenos obsesivos o histéricos aunque posiblemente presentes no dominan el cuadro.

311.1.- DOSORDENES HISTERICOS.-

a) ESTADOS DISOCIATIVOS.- En estos casos hay, en ausencia de enfermedad orgánica cerebral, un estrechamiento o limitación del campo de la conciencia que puede limitarse a la percepción de una área circunscrita de experiencia en relación a la cual el comportamiento aparece exteriormente consciente y a menudo dirigida a un objetivo dentro de esa área. El comportamiento puede estar dominado por actividades de varias clases entre las cuales la fuga es la más común. A estas condiciones sigue una amnesia más o menos completa.

b) FENOMENOS CONVERSIVOS.- Por conversión se entiende un trastornos de la función de un órgano u órganos del cuerpo dependientes principalmente del sistema nervioso de la vida animal (aparato locomotor, órganos sensoriales, sensibilidad). Estos transtornos a menudo toman la forma de parálisis, trastornos de la sensación o de la marcha, temblores, ceguera, sordera, etc. Los síntomas pseudoneurológicos en particular corresponden a las nociones ingenuas de tales desórdenes y no a necesidades anatómicas (p.ej. anestesias en guante o en medias). A menudo se caracterizan por su variabilidad y su fácil desaparición que puede ser dramática.

311.2.- DESORDEN FOBICO.- Aquí se incluyen aquellas condiciones en que se presenta un miedo intenso de un objeto o situación, obviamente no inspirado por el mismo objeto, a lo que se asocia una angustia extrema que puede llegar al pánico. Aunque el objeto puede ser individual y única en el paciente, ciertas formas son comunes, por ejemplo temor a los espacios abiertos o cerrados, alturas y agua.

311.3.- DESORDEN OBSESIVO-COMPULSIVO.- Se trata de la emergencia a menudo súbita, en la conciencia, con un sentimiento de compulsión subjetiva de un pensamiento (lo más común) que puede o no ser, en si mismo, sin sentido y que puede tomar la forma de una rumiación o de una urgencia que en vano el paciente intenta arrojar o una actividad que el paciente se siente compulsado a llevar a cabo. Intentos de alejar estas experiencias conducen a una lucha interior que puede ser extrema y que puede comprometer la totalidad de la actividad psíquica del paciente. Puede haber severa angustia cuando se resiste o se interfiere con la actividad obsesivo - compulsivo.

Aunque el contenido se reconoce como ajeno a la personalidad se le reconoce siempre como proveniente de dentro, como parte de uno mismo.

Las actividades compulsivas, pueden ser excéntricas, tomas las

Biblioteca Enrique Encinas Hospital Víctor Larco Herrera

formas de varios rituales, tocar objetos un número dado a veces, lavados repetidos, etc. y a veces se experimentan como un intento para neutralizar o alejar la amenaza asociada a los pensamientos mórbidos.

No se incluyen aquí casos en que los síntomas obsesivos compulsivos están asociados a depresión endógena, esquizofrénica o estados orgánicos, p. ej. encefalitis.

311.4.- DEPRESION PSICOGENICA REACTIVA.- Estas condiciones son difíciles de diagnosticar desde que factores constitucionales y reactivos (ambientales) están casi invariablemente entremezclados. Por Depresión Reactiva se entiende un estado de depresión que sigue a un trauma psíquico severo y que refleja a menudo en forma distorcionada los rasgos de la experiencia y remite cuando desaparece el trauma, casos que corresponden extrictamente con este criterio no son comunes en la práctica y gran cuidado debe ejercese antes de asignar un caso a esta categoría. Se incluyen aquí también aquellos casos claramente neuróticos.

311.5.- DESORDEN HIPOCONDRIACO.- Se trata de una preocupación ansiosa respecto a la salud, generalmente de la salud física pero a veces de la mental. Esta condición no se beneficia con la aseguración. Esta categoría deben incluirse sólo aquellos casos cuya hipocondría no es expresión de algún otro trastorno psiquiátrico fundamental.

311.6.- SINDROME DE DESPERSONALIZACION.- Es una condición caracterizada por un cambio desagradable en la percepción del mundo exterior que toma una calidad extraña o irreal. Alternativamente o en añadidura este sentimiento (sentimiento de irrealidad) puede relacionarse al mismo cuerpo propio, y a veces a las experiencias interiores (sentimiento de despersonalización).(Las acciones corporales pueden vivirse como automáticas, como de robot, y sin que estén presentes sentimientos de influencia exterior). El paciente es consciente de la naturaleza subjetiva del cambio. No deben clasificarse aquí aquellas condiciones que son parte de un sindrome psicótico o neurótico más amplio.

FRECUENCIA Y DISTRIBUCION.-

1.- Las estadísticas hospitalarias dan una baja proporción,con respecto al total de admisiones, de desórdenes neuróticos. En los Estados Unidos representan el 4% del total de los ingresos a los hospitales psiquiátricos. Entre nosotros el año de 1963 - 64 fueron admitidos al Centro de Salud Mental Hermilio Valdizán 49 casos o sea el 12.9% del total de las admisiones (N:379) sin embargo consultaron al Dispensario o consulta externa 219 desórdenes psiconeuróticos (19.8% del total de primera consulta N: 1105) y 24 desórdenes psicofisiológicos (2.1% del total de primeras consultas N: 1105).

Las primeras admisiones no son pues un buen índice de la incidencia y prevalencia de los desórdenes psiconeuróticos pues sólo desórdenes psico neuróticos graves o necesitados de atención intensiva se hospitalizan. Por

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

eso una noción más exacta de la frecuencia y distribución de los desórdenes psiconeuróticos se obtienen a través de estudios de campo o en la población presunta sana de la comunidad.

Nosotros en una población urbana pobre de Lima (M) encontramos una prevalencia actual considerable de trastornos psiconeuróticos.

CUADRO I Población General N: 239 Lima (M)

	TOTALES	VARONES	MUJERES
Reacción Depresiva	14 (5.8%)	2 (1.6%)	12 (10.4%)
Reacción Ansiosa	22 (9.8%)	6 (4.8%)	16 (13.8%)
Reacción de Conversión	1 (0.45%)	0 (0%)	1 (0.86%)
	37 (15.41%)	8 (6.4%)	29 (25.2%)

Coincidiendo con diversas investigacion epidemiológicas (esser-Moller Suecia), B. pasamanick - U.S.A.) encontramos una mayor frecuencia de desórdenes neuróticos en el sexo femenino.

CUADRO II

MORBILIDAD PSIQUIATRICA (NEUROSIS) DE ACUERDO A EDADES.- Lima

EDAD	PSICONEUROSIS	%
20 - 29 años	12	
30 - 39 años	12	64.5%
40 - 49 años	7	
50 - 59 años	1	26.1%
60 - 79 años	5	13.5%
	37	

Se aprecia como resultado de nuestras investigaciones una frecuencia más elevada de trastornos neuróticos en los grupos de edad joven y una disminución considerable para la edad adulta. Hallazgos similares en cuanto a frecuencia de neurosis en relación a edad y sexo han encontrado en una población de New York Michael Shepherd y Ernest Gruenberg.

Si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en otra investigación epidemiológica de campo (Midtow-New York), encontramos parecidos hallazgos en los grupos económicos más pobres de ese estudio lo que dá que pensar en probables similares factores de stress psicológico precipitante.

Como se vé en la población general hay un volúmen apreciable de neuróticos que sin duda alguna ha de atender bien o mal el médico general al que

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

acuden solo una parte de ellos por síntomas psicológicos y una mayor parte debido a sintomatología psicofisiológica o somática vinculada al trastorno neurótico fundamental.

PSICOPATOLOGIA

Los transtornos neuróticos son trastornos de perturbación circunscrita. En las neurosis se dan alteraciones del impulso, de las diversas pulsiones y de la afectividad, sin alteraciones generales de las funciones cognoscitivas e intelectuales.

Se ha considerado a las neurosis como enfermedades de la afectividad, y en efecto en su cuadro clínico participan en grado considerable las alteraciones de las pulsiones, ya como causas ya como síntomas. Son notables las modificaciones del impulso y del estado de ánimo básico.

Quejas frecuentes de los neuróticos son: sentimiento de descontento y de cansancio, pérdida de la capacidad de tensión y energía, o bien un mantenimiento de la misma a costa de un esfuerzo subjetivo, de penalidades, aflicciones y referencias al gran factor común representado por la inhibición y que se manifiesta por una disminución efectiva del impulso o por un aumento de las exigencias planteadas a la energía impulsiva disponible.

Se presentan oscilaciones del humor, irritabilidad, depresión, desesperación, más o menos ocultadas. Frente a todo esto, las capacidades intelectuales sufren tan sólo de un modo secundario, bien a causa de la disminución del impulso y la inhibición o bien por formaciones de orígen afectivo. Tampoco resultan perjudicadas la capacidad de notación y la memoria, excepto en aquellos casos en que existe represión o en que al paciente le es difícil concentrarse.

La estructura básica sería la de una perturbación circunscrita en un campo por lo demás relativamente intacto. Las alteraciones pulsionales neuróticas se condensan en "complejos" efectivamente cargados; ahora bien, el complejo es un centro psíquico circunscrito de perturbación.

Las alteraciones parciales funcionales neuróticas se caracterizan por una debilidad del impulso por inhibición. Esta se manifiesta por una mengua del libre desenvolvimiento y de la iniciativa, de la capacidad de trabajo y del rendimiento, y en una lucha permanente contra obstáculos internos.

Las estructuras neuróticas de la personalidad son ciertamente deformaciones estructurales adquiridas. Una estructura constitucional inepta, lábil y desproporcionada, predispone a procesos neuróticos más que una constitución hereditaria afortunada. Sin embargo existen condiciones de constitución que en sí no tienen nada de morboso o de defectuoso como por ejemplo una alta sensibilidad y que pueden perjudicar al sujeto en el sentido de la neurosis.

Estas estructuras no provienen necesariamente de una constitución hereditaria y en ellas desempeña un papel decisico desarrollos psíquicos defec-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tuosos debido a falta de ayuda en el medio ambiente, a procesos perjudiciales de modelación y a fracaso en el dominio de las experiencias. Según Jung el neurótico se caracteriza por el hecho de haber desarrollado unilateralmente sus disposiciones psíquicas. El neurótico esquiva la totalidad de que es susceptible, porque el hecho de la "integración", de la "individualización", lleva consigo, fatiga, renuncia, dolor y ansiedad, mientras que el desarrollo defectuoso sigue la ley de la mínima resistencia y de la inercia.

El neurótico es un inhibido (Schultz-Hencke) y los síntomas neuróticos serían fragmentos de una vivencia impulsiva inhibida; los sectores inhibidos de los impulsos se afirman y siguen actuando con matiz de sentimiento o actitud. Sin embargo el neurótico no es solamente un impulsivo. Toda neurosis manifiesta también comportamientos impulsivos, irrefrenados y afanosos.

"El neurótico es el hombre de ataduras sentimentales excesivamente fuertes, inadecuadas y coartadoras de la vida".

Las neurosis constituyen un grupo de transtornos que se caracterizan por una imposibilitación de la realización de sí mismo y por una lucha contra esa imposibilitación (V. Gebsattel). Lo que anula la capacidad de disposición de la persona con respecto a sí mismo y a todo el sistema de la personalidad, es el inconsciente nihilismo de la personalidad. Esto lleva precisamente al destroncamiento de la personalidad, a una tendencia al fracaso o la autoderrota.

En las neurosis hay siempre alteraciones parciales de las "pulsiones" o tendencias instintivas de la más variada índole, las que se hallan, comunmente, en conflicto entre sí o en oposición a fuertes factores de inhibición. Se presentan así, compromisos sumamente complicados entre la pulsión y la inhibición; esta última contiene y desvía la pulsión pero no logra aplastarla por completo, y así el impulso se convierte en síntoma, bajo el que sigue manteniendo una expresión velada.

Esta situación de conflicto intrapsíquico no resuelto, se asocia a una inhibición intrapsíquica que se traduce en una alteración del curso normal del acontecer psíquico o psicomotor. Esta inhibición interior, motivada por los propios factores de la psique, ha sido denominada por H. Schultz-Hencke, neurotoide. Esta alteración del funcionamiento resulta de la incompatibilidad y de la pugna entre diversos sistemas parciales o tendencias. Lo más frecuente es que la incompatibilidad exista entre uno o varios complejos, por una parte y el resto de la psique por otra. La tendencia aberrante del contenido del complejo escindido , el cual generalmente se halla también reprimido constituye una fuerza inhibitoria de signo contrario y alcanza expresión directa en el síntoma. Esto último puede realizarse fundamentalmente de dos maneras:

1.- La tensión puede descargarse de modo inespecífico en forma de manifestaciones vegetativo-hormonales, de matiz predominantemente angustioso y más o menos amenazador (debilidad irritable en la neurastenia nerviosa o psicógena, neurosis de angustia) y constituye así el denominador común de las neurosis actuales ya que su efecto se manifiesta de manera corporal actual). Dicha descarga es signo de una insuficiente integración psíquica y de la ruptura de los diques que se oponen a lo no integrado; o sea la angustia manifiesta es señal de una amenaza.

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

2.- Neurosis (Neurosis actuales síntoma: descarga inespecífica.
(Neurosis de transferencia síntoma: tiene sentido y carácter expresivo.

O bien la tensión originada por el conflicto se descarga de modo directo y específicamente expresivo, derivándose una parte de la libido vinculada al complejo escindido para formar un síntoma que representa una velada alusión al contenido del complejo. El contenido puede resultar así deformado de un modo irreconocible, la alusión puede estar muy oculta y hallarse expresada en un lenguaje cifrado y concretizante a base de imágenes. Se las denomina así por el fácil desplazamiento de los valores de los síntomas de un portador a otro, y lo esencial en ellas es que el síntoma posee siempre un sentido y un carácter expresivo y no representa meramente una descarga inespecífica. El síntoma vegetativo puede constituir una alusión a su origen, pero no una representación de éste.

La incompatibilidad de contenido psíquicos que se manifiesta de un modo neurotoide es siempre de índole afectiva y ha de ser referida por lo general, y al menos en los complejos patógenos graves, a tendencias pulsionales no asimiladas.

Estas se hacen presentes en las situaciones inter personales vividas por el neurótico o en su propio obrar, las que alcanzan una significación sobrevalorada o depreciada, o también completamente alterada desde el punto de vista cualitativo.

1.- En las neurosis actuales está en primer plano el hallarse perturbado y amenazado.

2.- En las neurosis de transferencia, además de ésto, se halla en primer plano lo imaginario, escenificado y con frecuencia contrario a la razón, pero sin aquel carácter fundamental y absoluto que posee el delusivo.

LA GANANCIA PRIMARIA DE LAS NEUROSIS.-

Desde un amplio punto de vista biológico las neurosis pueden ser consideradas como una forma de ajuste a un conflicto intrapsíquico. Una parte importante de este proceso de ajuste es que las tendencias o pulsiones conflictivas se eliminen de la conciencia - se reprimen - y se mantienen así a través de la formación de síntomas o mediante la intervención de los llamados mecanismos de defensa. De esta manera se hace no consciente el conflicto intrapsíquico, se evita la angustia y/o las reacciones de culpa o a lo menos su intensidad disminuye.

Se llama ganancia primaria de la neurosis la liberación de la angustia conflictiva a costa de una limitación de su capacidad para desplegar sus potencialidades y otros trastornos que constituyen los síntomas neuróticos o los rasgos neuróticos de la personalidad.

La ganancia primaria depende de la habilidad del individuo para esta-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

blecer una sintomatología neurótica estable, efectiva y/o una estructura de la personalidad, para crear mecanismos de defensa fuertes y durables (desplazimiento, aislamiento, evasión, etc.) y finalmente de la capacidad para mantener su angustia localizada a accesos limitados o a situaciones particulares.

La ganancia primaria permite la llamada GANANCIA SECUNDARIA o sea las satisfacciones emocionales que el neurótico en forma no consciente obtiene de los demás a través o mediante sus síntomas y rasgos reuróticos del carácter (simpatía, comprensión, cuidado, apoyo, etc.) (o demandas o exigencias para que los demás se adapten a él).

SINDROMES NEUROTICOS.-

(Obtenidos mediante la correlación de síntomas y análisis factorial).

1.- Reacción de angustia.-

O'Connor (1953): angustia, aprensión, dificultades respiratorias, astenias, temblores.

Lorr y Col. (1953): angustia, tensión, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, dificultades en el sueño.

2.- Histeria.-

Wittenborn (1951): empleo de síntomas físicos, ausencia de base orgánica para las molestias, patología orgánica con base emocional, falta de preocupación respecto de las limitaciones físicas.

3.- Neurosis obsesivo-Compulsiva.-

O'Connor (1953): comportamiento compulsivo, miedos, rumiación montal, tendencia introspectiva, sentimientos de culpa.

Lorr y Col. (1953): compulsiones, pensamiento obsesivo, síntomas de piel.

4.- Depresión.-

O'Connor (1953): depresión, pensamiento suicida, fobias, accesos de llanto, aprensión retraimiento.

5.- Fatiga - Hipocondríaca.-

O'Connor (1953): fatiga, retraimiento.

HISTORIA FAMILIAR.-

1.- Se ha comprobado que en una más alta proporción de neuróticos han perdido a sus padres, por muerte, hasta los diez años, que aquella que se espera para la población general comparable.

2.- Muy pocos habían estado separados de su madre, durante la niñez, excepto por su muerte; en cambio un número considerable habían perdido al padre debido a discordia y separación del mismo.

Biblioteca Enrique Encinas Hospital Víctor Larco Herrera

3.- Se encuentran frecuentemente neurosis o anomalías más o menos graves del carácter de los padres y educadores del niño que luego es diagnosticado de neurótico.

A menudo se halla la atmósfera familiar terriblemente neurotizada, brutalizada, insensible o cargada de ansiedad.

De esta novela o romance familiar del neurótico se puede inferir una transmisión hereditaria de las neurosis. Que no se trata de herencia lo demuestran los numerosos casos en que el adulto o los adultos que contagian no son consanguíneos o que un niño de familia probablemente sin taras hereditarias desarrolla síntomas neuróticos tan pronto como se halla en un ambiente neurótico.

De acuerdo al estudio de Midtown (1954) realizado en la población general utilizando el método epidemiológico se encuentra en los probables neuróticos la más amplia variedad de "stresses" tempranos: a) mala salud durante la niñez, b) mala salud física de los padres, c) una percepción negativa de ellos, d) padres que peleaban frecuentemente, e) mayores desacuerdos con ellos durante la adolescencia.

En los casos de neurosis infantiles se puede estudiar en "status nascendi" hasta que punto la sintomatología neurótica del niño depende de crisis tensiones y comportamientos neuróticos de los padres y como con frecuencia desaparece sin tratamiento del niño una vez que los padres hallan para sí mismos una solución a sus problemas.

HISTORIA PERSONAL.-

1.- No hay hallazgos patológicos consistentes con respecto al desarrollo prenatal, dificultades para nacer o en relación a la maduración.

2.- Desde muy temparana edad las relaciones con uno o ambos padres han sido patológicas. Se les describe a) como duros, rechazantes, castigadores ó b) sobreprotectores, restrictivos, exigentes, manipuladores.

En casi todos los casos de neurosis hay antecedentes de que los padres tuvieron hacia ellos: excesiva dureza o mimos o ambas cosas a la vez en caprichosa alternativas.

Se observa:

1) que tratan a los niños como intrusos, enemigos, rivales.
2) ó un trato despótico, una absurda restricción de la libertad, incomprensión o desconsideración por parte de los padres.
3) falta de interés sincero, consideración y calor de cariño.
4) en la mayoría de los casos se encuentran perturbaciones de la relación entre el hijo y el padre, la cual, por razón de sus propias dificultades, no puede brindar al niño un contacto seguro, protector, libre de angustia.
5) también se dan madres mezquinas, insensibles, que sólo saben prohibir, reñir y cartigar.
6) ó la madre que no tiene tiempo para su niño y que movida de remordimiento lo mima.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

7) ó la madre seductora que se refugia en su hijo erotizándolo antes de tiempo.

En una palabra el temprano ambiente al niño le niega los socorros de que tiene necesidad para el desarrollo sano y normal de sus sentimientos y de sus tendencias. Además de esto le infiere graves daños que el niño no está todavía en condiciones de digerir.

A menudo hay en la infancia historia de cólicos, problemas de alimentación y luchas en torno a ello y al adiestramientos de esfinteres, con una conformidad muy temprana consecutiva a castigo, amenazas, súplica.

Aparte de las actitudes mencionadas y que le afectan directamente, el niño está expuesto al ejemplo e influencia de un padre excesivamente ansioso, tenso, medroso o preocupado, meticuloso o detallista; o incapacitados crónica o intermitentemente por fatiga, o aparente enfermedad física. Superficialmente el alumno se porta muy bien pero debajo de esto hay una variedad de síntomas como miedo, pesadillas, onicofagia, tics, tartamudeo o molestias corporales.

En la escuela el niño es muy concienzudo y competitivo, busca sobresalir para compensar por sentimientos de inadecuación.

Participa en actividades sociales limitadas pero la angustia y sentimiento de inferioridad los hace tensos e incómodos en compañía de otros. En la edad adulta pueden tener cierto éxito ocupacional. No se observan en ellos una conducta manifiesta sexual o agresiva, antisocial. La información sexual recibida es insuficiente; los padres se turbaban, se preocupaban demasiado o punitivo frente a estos temas. A menudo hay una historia de masturbación con profundos y prolongados sentimientos de culpa, exploraciones sexuales con otros niños; e introducción prematura y traumática en actividades heterosexuales por un adulto.

Neuróticas; excesiva preocupación por su menstruación. Después del matrimonio experimentan frigidéz o impotencia.

Se advierte una tendencia al apareamiento selectivo con respecto a madurez emocional; los pacientes neuróticos a menudo seleccionan cónyuges con fuertes tendencias neuróticas con los que establecen relaciones mutuas sado masoquistas en que están envueltos los hijos. No infrecuentemente los neuróticos pueden casarse con un psicópata o un alcohólico.

Se encuentra una historia de más frecuentes enfermedades físicas comparativamente a grupos de controles normales.

La mayor parte de los neuróticos consultan voluntariamente después de exámenes médicos exhaustivos y de intentos de tratamientos médicos inefectivos.

Usualmente proporcionan una historia de desadaptación periódica o constante des la niñez con recientes exacerbaciones debido a alguna situación especial de "stress" (tentación, fracaso, o frustración, separación o pérdida de persona amada).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EXAMEN MENTAL.-

NO SE APRECIAN GROSERAS DESVIACIONES PERO después de una observación atenta pueden descubrirse actitudes interpersonales sugestivas de una estructura neurótica de la personalidad o manifestaciones obvias de disfunción (tensión muscular, tics, etc.) Son colaboradores, comunicativos, y razonablemente sociales, pero inhibidos, muy controlados, reservados, cautos y sin conformidad en sí mismos.

Pueden haber manifestaciones evidentes de angustia, tensión, medrosidad (reacción de sobresalto, labilidad vegetativa, lagrimosidad), aquellos deprimidos pueden presentar descuido en su presentación y exhibir evidencias de fatiga y llanto. El paciente compulsivo es más ordenado en su apariencia, meticuloso y repetitivo en sus hábitos.

La conversación es espontánea, la atención puede despertarse, pero puede no mantenerse o conectarse cuando hay angustia.

En los histéricos hay un frecuente empleo de los mecanismos de defensa del tipo de la negación. Aparte de los estados disociativos (E. crepusculares) el paciente se halla en buen contacto con la realidad y es capáz de proporcionar información detallada sobre su historia personal que puede verificarse, hasta cierto punto, con la obtenida por otras fuentes. La capacidad intelectual puede ser de cualquier nivel. Las funciones intelectuales, memoria y orientación, no están afectadas. No hay evidencia de ilusiones, alucinaciones o delusiones.

Algunos histéricos pueden estar o parecer calmos, otros son ansiosos, tensos o deprimidos, pero las reacciones emocionales son exageradas o algo lábiles. Hay una "conciencia" normal muy desarrollada; el juicio está preservado, pero la auto-comprensión está limitada a lo más superficial de un trastorno.

EXAMEN FISICO.-

1.- Labilidad Vegetativa.
2.- Signos de alerta o de gran activación en el E.E.G.: ondas de gran frecuencia y bajo voltaje.
3.- Asociadamente a angustia:
    Incremento a presión sistólica.
    Incremento de la frecuencia cardíaca.
    Incremento de la frecuencia respiratoria.
    Incremento del metabolismo basal.
    Disminución de la resistencia eléctrica de la piel.
    Incremento del ácido Hipúrico en la orina.
    Incremento en la excresión de 17OH quetoesteroides.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PERSONALIDAD Y NEUROSIS

A.- CONTACTO CON LA REALIDAD.-

1.- Desconocimiento de la realidad, "simplicidad", tendencia prejuiciosa, falta de conocimiento del mundo y de las personas. Fenómenos contradictorios de credulidad e hipercrítica. Actitudes de exigencia y de reclamo, sin base objetiva.

2.- Escaso y débil contacto afectivo con el mundo circundante; falta de gusto y aliento contemplativo.

3.- Perturbaciones en sus relaciones interpersonales ("tú" y "nosotros"): limitaciones en el contacto interpersonal amoroso, dificultades para lucha, el combate y la afirmación de sí en las relaciones interpersonales. Dentro del "nosotros" no logra situarse en el puesto que le corresponde; se abisma en lo colectivo o incurre en aislamiento o rebelión.

En las relaciónes con sus semejantes es rara vez capáz de amistad cálida y duradera, y a la vez se anotan impulsos de odio, aversión, repugnancia, irritación. No lograr crear relaciones equilibradas y tranquilas con colaboradores, superiores, subalternos, vecinos, conocidos. Con respecto a los demás presenta exigencias y expectativas inmoderadas, una agresividad competitiva o una débil actitud acomodativa. Las relaciones con su propia familia tienen un carácter problemático: contacto intensivo emocional de amor o de odio respecto a sus padres y hermanos.

Falta sentido práctico y realista..

B.- NIVEL DE SATISFACCION Y BIENESTAR SUBJETIVOS.-

1.- Perturbación de los sentimientos vitales: desazón depresiva o ansiosa gran sufrimiento con relación a la vida y a sí mismo.

2.- A la vez "enamoramiento" de sí mismo, propensión a subestimarse.

3.- Aversión al esfuerzo, inercia o inquietud, falta de paz interior, y siempre en una "carrera" mundana.

4.- Sentimientos de defensas de culpa, con tendencia a propensión a caer en situaciones de fracaso, humillación.

C.- NIVEL DE LA REGULACION CONSCIENTE.-

1.- Hay una definida perturbación de las relaciones afectivas consigo mismo: inhibición de pulsiones, de la afectividad y en general del curso de la vida psíquica con la consiguiente mengua de la espontaneidad. Presenta impedimentos provenientes de sentimientos y tendencias fuera de su lugar o que están ausentes (inhibidos-reprimidos).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

2.- Se presenta una perturbación del sentimiento de sí mismo: incapacidad para desplegar sentimientos normales de dominio y de valor personal cuando sería oportuno, razonable y necesario para obrar.

3.- Falta de sinceridad, franqueza, despreocupación y desenvoltura.

4.- Angustia cuando se trata de renunciar a actitudes de seguridad inadecuadas: precarios mecanismos de defensa.

5.- Problemas en relación al control de la agresividad: se siente coartado en su agresividad o está obsesionado por ella sin conocer formas pacíficas y moderadas de afirmarse y de imponerse: ¡Exageración en más o menos!

6.- Incapacidad de adaptar con flexibilidad, un comportamiento a la situación, frecuentemente asociación de sentimientos positivos y provechosos a determinadas condiciones inconscientes; p.ej. neuróticos que sólo pueden amar si lo pueden hacer con mala conciencia (infidelidad, etc.) o si su amor se acompaña de rebeldía p.ej. contra su padre.

7.- El neurótico está excesivamente amaestrado o por el contrario carece de dominio de sí y está parcialmente abandonado.

NIVEL DE EFICIENCIA DEL COMPORTAMIENTO.-

1.- En la esfera de las pulsiones y de la voluntad hay falta de libertad, incapacidad de disponer de las energías psíquicas (inhibición o impulsividad) con la correspondiente mengua de sus rendimientos.

2.- Incapacidad de tomar decisiones; no reza para él el refrán "no se puede repicar y estar en la procesión" p.ej. quiere ser hombre sin dejar de ser niño juguetón. Incapacidad de renunciar cuando tiene que optar.

3.- Siendo la neurosis un "negarse a sí mismo" sin guardar la medida ni la forma no apropiada hay una limitación para la vida y el despliegue personal; o sea un vivir por debajo de las propias posibilidades.

4.- Se advierte disminución de los rendimientos en cada una de las funciones en relación a) a los fenómenos defensivos inhibitorios generalizados b) a la acción desorganizadora de las emociones intensas.

"CIERTA PERDIDA DE LA ESPONTANEIDAD FORMA PARTE DE LA ESENCIA DE LA NEUROSIS" aún en los casos que no se trata de manifestar ineptitud para la existencia, casi siempre se observa cierta deficiencia en todo desarrollo libre y normal de las energías del alma.

PECULIARIDADES Y CONDICIONES DEL PROCESO AFECTIVO EN LA NEUROSIS.-

La capacidad de soportar fracasos, de renunciar a satisfacciones de los apetitos, es una de las más importantes adquisiciones de la maduréz. Esta "tolerancia de las frustraciones" es por lo regular sumamente reducida en el neurótico. Experimenta más fracasos y desilusiones que el sano, y es mucho

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

menos capaz de soportarlos porque el nivel de sus pretensiones es mucho más alto y porque atribuye excesivo valor al significado de los fracasos, le falta la elasticidad necesaria para poder renunciar y reemplazar. De ahí que experimente numerosos desengaños y molestias que le afectan profundamente. Todavía más importantes que las cualidades de significado del fracaso es la forma de reacción; a menudo no emerge la reacción agresiva sino que en su lugar aparece quizá una desazón, desgano para trabajar, etc.

Parece ser que los fracasos pueden desencadenar en ansiedades y acumulación de libido. Pero de la misma manera la inhibición de la agresividad puede llevar a la codicia, actitud ansiosa, o a depresiones.

Conflictos

Al inicio de la neurosis precede un conflicto no superado. El neurótico está en discordia consigo mismo, sus energías se consumen en esa lucha. La neurosis es la expresión de tendencias negadas, expresión de una lucha estacionaria entre impulso e inhibición del impulso.

En neurosis completamente desarrolladas y en enfermedades psicosomáticas que ofrecen síntomas a modo de accesos es a menudo evidente que determinadas vivencias cargadas de conflicto dtderminan la manifestación del acceso. De otra parte la elaboración analítica de los conflictos que precedieron a los comienzos de la enfermedad no pocas veces dá lugar inmediatamente a modificaciones. Los conflictos de la neurosis se hacen especialmente agudos debido a un momento que no parece estar nunca ausente de ellos: la protesta contra las condiciones determinantes de la existencia.

El neurótico no puede aceptar lo irremediable. Protesta ante todo contra las realidades fundamentales. "El neurótico vuelve la espalda a la realidad porque la encuentra, en todo o en parte, insoportable".

Básicamente la neurosis es un negarse a sí mismo, sin guardar la medida y en forma no apropiada.

La vivencia y el comportamiento neurótico se caracteriza por las siguientes situaciones negativas:

1.- Discontinuidad e intermitencias.-

La vivencia y el comportamiento neurótico acusa una sorprendente discontinuidad y constantemente sufre brechas que provienen de estados de ánimo, sentimiento, representaciones y tendencias que aparentemente no están motivados.

En el curso de la vivencia en enfermos neuróticos observamos intermitencias así está rota la continuidad de los recuerdos (amnesias) y de la conexión razonable a los sucesos y de los estados psíquicos. Dejan de actuar los motivos o aparecen insuficientes; sentimientos y tendencias que serían de preveer por la lógica de la situación, dejan de presentarse. La vivencia y el comportamiento del enfermo tiene mucho de incomprensible para el mismo y su contorno.

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

Con frecuencia se observa que los eslabones perdidos y vueltos a encontrar tienen un tema determinado y una razón secreta común. Contienen desiluciones, fallas, tentaciones, conflictos, temores de determinada índole. Se muestran los puntos de menor resistencia en la vida psíquica y se manifiestan conexiones muy explicables.

Los enfermos neuróticos muestran con frecuencia cierta inconsecuencia en sus intermitencias. De ahí que la situación aparezca variable y contradictoria. El aparentemente apático que se queja de la pérdida del sentimiento, tiene períodos de gran movimiento emocional. El falto de concentración ha trabajado quizá durante años enteros con aplicación e intensidad. En personas tímidas descubrimos a veces exigencias nada comunes; en mansos y pacíficos, gran dosis de agresividad; en intelectuales una gran exuberancia de sentimiento. Todo esto no refleja inconsecuencia con el carácter sino que en ellos se trasluce, por debajo del carácter manifiesto, un segundo carácter latente, negado.

En el neurótico faltan esas vivencias de impulsos y de sentimientos, no por defectos de constitución,sino en parte a falta de suficientes cuidados psíquicos en la infancia, a omisión de estímulos, instrucción y educación, y en parte a improntaciones defectuosas, deformaciones y transtornos de las energías psíquicas.

2.- Pérdida de la espontaneidad.-

"Cierta pérdida de la espontaneidad forma parte de la esencia de la neurosis". Vitalidad, instinto, sentimiento, recuerdo y fantasía, espíritu y corazón aparecen oprimidos, sofocados o coartados en su desarrollo; toda la espontaneidad personal, en todos sus estratos secotres, se muestra deprimida, cohibida, inhibida. La restricción de la espontaneidad se extiende mucho más allá de la "inhibición de los impulsos" (Schultz - Hencke).

A menudo al lado de las inhibiciones se observa una "agitación", p. ej. una fantasía exuberante junto a una actividad coartada de las tendencias y de la acción, y frente a una inundación obsesionante de recuerdos, la destrucción de vastos sectores temporales y temáticos de la memoria.

La inhibición de la espontaneidad afecta principalmente a los sectores de vivencias que en el hombre normal alcanzan fácilmente intensidad personal e inducen a conflicto. Entre los temas principales de conflictos e inhibiciones neuróticas se encuentran:

a) La actitud respecto a la posesión en su más amplio sentido.
b) La afirmación de sí y la actitud combativa para con el medio ambiente en sus formas de afán de dominio, de hacerse valer y de agresión expansiva.
c) Los problemas relativos al contacto con los semejantes, el amor, la entrega confiada, el cariño y la sexualidad (H. Schultz-Hencke).

Como regla general, la espontaneidad religiosa y espiritual del neurótico está turbada y despojada de su carácter de originalidad.

La pérdida de espontaneidad es sin duda la característica más saliente de la neurosis, en la que enteros sectores de la personalidad están en

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

durecidos y anquilosados, sobre todo el sentimiento y el afecto.

En el neurótico las vivencias virtuales, la realidad psíquica no vivida o no vivida infrecuentemente hasta el fin ... actúa sobre la vida con tensiones y estancamientos, más a menudo perturbando, hasta que en cierta manera puede desenvolverse adecuadamente y ser elaborada.

La ley patogénica fundamental, en los trastornos neuróticos sería: la existencia del síntoma tiene como presupuesto la circunstancia de que algún proceso psíquico no se condujo hasta el fin en forma normal.

3.- Ambivalencia.-

El tercer rasgo fundamental de la vivencia neurótica es la ambivalencia del sentimiento y de los impulsos, esperanzas, temores, deseos y propósitos, propensiones y aversiones van con frecuencia acompañados de corrientes ocultas de contraesperanzas, tendencias contrarias. Se trata de una ambivalencia o disociación contrapuesta de los sentimientos o impulsos hacia las personas y las cosas, los valores y los fines. La ambivalencia adquiere tan gran tensión en la neurosis porque un lado del sentimiento disociado es repelido y relegado al depósito de lo "inconsciente disposicional". Luego el lado capaz de hacerse consciente puede ser forzado y exagerado.

4.- Desintegración de los instintos.-

En todas las neurosis está en desequilibrio la estructura de los instintos. Los impulsos ni han hallado, o han vuelto a perder, su conexión integrativa en la totalidad de la vida humana, Tendencias particulares se han independizado a costa del todo y despliegan un dominio tiránico al que responde una opresión de otros sectores de personalidad y de impulsos. Hipertrofia y atrofia de la vida instintiva se hallan presentes en la neurosis.

5.- Infantilismo o inmaduréz emocional, fijación.-

La neurosis consiste no sólo en estar fijado a un trauma, sino en un modo de asirse y adherirse a variadas cualidades de vivencia y formas de vida del pasado.

Todo neurótico manifiesta buen número de rasgos infantiles y juveniles. La vivencia y el comportamiento se han mantenido en parte a un nivel infantil y han quedado fijados conforme a modelos de la infancia. Se ha retardado la maduréz sin que se haya desaparecido las actitudes y expectativas propias de la niñez.

La neurosis no lleva como la melancolía a la total paralización sino a un movimiento de formación giratorio fijado en determinada época y asuntos vitales (Von Gebstaltel) o para decirlo con Freud, está dominada por la "manía de la repetición" o la compulsión a la repetición. La fijación infantil se manifiesta en muchas formas: aferrarse al "principio del placer", actitudes orales de expectativa a un nivel inapropiado de exigencias

Biblioteca Enrique Encinas Hospital Víctor Larco Herrera

en la incapacidad de renunciar siquiera en forma pasajera a la satisfacción de los instintos, en gestos de terquedad, en una necesidad demasiado sentida de protección, apoyo.

El yo neurótico aisla a la personalidad, corta las uniones vitales que facilitan la entrega, la actividad y la productividad. Este debe su función transtornante a un traslado del acento, según el cual lo parcial, el propio yo, recibe el valor y el significado del todo.

Lo que anula la capacidad de disposición de la persona con respecto a sí mismo y a todo el sistema de la personalidad es el inconsciente nihilismo de la personalidad... el secreto deseo de la persona de su propia anulación.

Los complejos neuróticos:

Se ha dicho que los neuróticos sufren de complejos, esto es, de contenidos de la memoria reprimidos, inaccesibles al recuerdo; dicho de otro modo, serían disposiciones estructurales que por lo regular influyen de manera perturbadora sobre la vivencia presente y hacen que el sujeto reaccione afectivamente de manera impropia ante determinados objetos y situaciones.

Sin embargo, estas estructuras parciales, acuñadas por traumas particulares o aislados perecen tener relativamente poca importancia en la conformación de la neurosis en comparación con grandes deformaciones de la contextura general producidas no ya de un simple trauma psicológico, sino lentamente durante muchos años de evolución del carácter.

El neurótico tiene identificaciones desmesuradas con sus padres, hermanos y otras personas; sin darse cuenta trata de ser exactamente igual a una figura modelo de su infancia, o también de no parecérsele en nada.

En la vida afectiva dominan los afectos negativos de los años de la infancia: sentimientos humillantes de dependencia, terquedad impotente, envidia, celos, inseguridad, temor del castigo, de pérdidas de cariño, de quedarse solo. Estos afectos siguen actuando, más por lo regular son negados, reprimidos. En la palabra fijación se insinúa ya que el infantilismo neurótico tiene en sí algo infantil, no en el buen sentido de la palabra, sino algo mal consolidado, entiesado, pueril. Incluso la capacidad y disposición infantil para recibir algo nuevo, para aprender, para modificarse conforme se crece, para descubrir con admiración nuevos sectores del mundo e introducirse en ellos, en una palabra la capacidad infantil de desarrollo está como anquilosada y encadenada en el infantilismo senil de la neurosis.

El neurótico no crece ni avanza hacia la madurez. Las fijaciones infantiles se resuelven en el hombre normal cuando un nuevo grado de evolución aporta nuevos contenidos de vida, goces y penas, valores y objetivos. Las fijaciones se mantienen si, al entrar en una nueva fase de la evolución, los impulsos de maduración son intimidados o mortificados, si se los grava con ansiedad y snetimiento de culpabilidad. Entonces, el reprimir los impulsos de maduración, se consolidan persistentemente las ataduras infantiles. En este caso, el sujeto vive en un mundo irreal, su vivencia y su obrar están dominados por fantasías infantiles, por vivencias de placer imaginarias y por la ansiedad ante los castigos temidos por ellas. En la mayoría de estos enfermos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

se podrán descubrir también notables actitudes personales defectuosas, una absolutización de lo relativo.

Perversión latente:

La neurosis es el negativo de la perversión. La neurósis sería expresión de tendencias perversas renegadas, reprimidas y al mismo tiempo expresión de las tendencias represoras.

Esta tesis, sin embargo, tiene, además del sentido estricto literal, otro más amplio, que se puede formular así: existen apasionadas mociones del instinto y sentimientos que una persona puede sentir como ilícitos, malos, feos e indecorosos y, por tanto, negarlos.

...

Los fenómenos de la eroticidad oral, anal, etc. llevan a adquirir significación interpersonal p. ej. en el comportamiento anal, se revelan los valores existenciales de una porfiada afirmación de sí, de la obstinación y de la adaptación recalcitrante, o pacífica y condescendiente a los deseos de otros, etc.

Múltiples empero son los motivos de las neurosis. Sólo llega a ser neurótico aquel que se centra de preferencia en torno a fines a los que él mismo no puede dar un sí consciente. En realidad siguiendo a Schultz Hencke en la vivencia de los neuróticos se pueden encontrar diversos grupos de temas específicos de la neurosis o preferidos por ella: el afán de poseer, de hacerse valer y de amar.

Ciertamente al lado de esto tenemos los casos, no raros, de neuróticos en los que se presenta por lo regular el problema de la tendencia perversa y de los dispositivos de defensa y seguridad que se erigen contra ellas. Emergen en recuerdos, fantasías, sueños, en representaciones angustiosas y en deseos, y formas de comportarse a menudo muy fuertes y francos.

En realidad debe verse el problema en forma amplia: el neurótico se consume en la represión de sentimientos y deseos apasionados no superados que él no puede abandonar ni reconocer, ni tampoco canalizar en alguna forma razonable.

En la experiencia concreta nos encontramos con muchas neurosis en las cuales perturbaciones del desarrollo sexual determinan en gran escala el cuadro sintomático y la estructura, que son, por consiguiente, neurosis sexuales en sentido estricto. Pero también las hay en las que el foco de la enfermedad y el problema crucial no reside en este terreno y están en relación a represión que afecta básicamente las disposiciones positivas o como diría Carl R. Rogers la tendencia a la actualización de las propias potencialidades.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DESORDENES NEUROTICOS: FOBIAS, OBSESIVO-COMPULSIVOS Y DE DESPERSONALIZACION.

Dr. Alfredo Beyer R.

La 8va. revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades con las adaptaciones de la Asociación Psiquiátrica Americana, dentro del capítulo de Neurosis, considera por separado la Neurosis Fóbica; Neurosis Obsesivo Compulsivas y Neurosis de Despersonalización. En esta clase trataremos de resumir estos desórdenes por separado.

NEUROSIS OBSESIVO-COMPULSIVA

Definición.- Este trastorno se caracteriza por la invasión persistente de pensamientos, impulsos o acciones que el paciente es incapaz de detener.

Obsesión es un pensamiento admitido por el sujeto como más o menos irracional, que se presenta repetidas veces con persistencia, a pesar del deseo consciente por evitarlo.

Compulsión se define como un acto que puede ser ejecutado contra los deseos conscientes del sujeto, ya sea para evitar la ansiedad que de otro modo aparecería o para combatir una obsesión perturbadora. Hay relación indiscutible entre obsesiones y compulsiones, por cuanto la preocupación de las primeras puede ser combatida, al menos temporalmente con la ejecución de las segundas.

La ansiedad está asociada a la persistencia de ideas inaceptables o de repetidos impulsos para cometer actos que el paciente considera morbosos. La angustia se presenta también a menudo si se impide completar los rituales compulsivos o por la preocupación de no poderlos controlar.

FRECUENCIA Y DISTRIBUCION

Ocurrencia en el normal.- Fenómenos parecidos a los compulsivos se observan frecuentemente en los niños de edad prepuberal, en sus juegos o rituales con cualidades repetitivas. Muy semejante a esto son algunas supersticiones del adulto vg.: "tocar madera" para alejar la mala suerte.

Prevalencia.- La exacta prevalencia de esta enfermedad es difícil de determinar, las estadísticas muestran que no es mayor que el 5% entre todas las neurosis, no se describe diferencia sustancial entre los sexos y como dato de interés, en los casos de enfermedad el 50% son solteros, más frecuente en clases socio económicamente elevadas y con inteligencia sobre el promedio.

En nuestro medio, Saavedra, A. y Mariátegui, estudiando la distribución de esta neurosis en consulta externa del Hospital Larco Herrera, encontraron 9 casos (12.5%) en 72 enfermedades neuróticas; Bambarén, C., en las primeras consultas y primeros ingresos en el Hospital Hermilio Valdizán, señala 11 casos (4.5%) de 219 neurosis y J. Mariátegui en reciente estudio sobre morbilidad psiquiátrica en el Distrito de Lince, de 159 casos de neurosis, encuentra sólo 4 casos de neurosis obsesiva compulsiva, (2.7%) correspondiendo al 0.13% de la muestra general.

Biblioteca Enrique Encinas † Hospital Víctor Larco Herrera

Historia Personal.- Pese a que la consulta por esta enfermedad se dá muchas veces en sujetos que se encuentran en la mitad de la vida, la anamnesis nos dirá que desde los primeros años han sufrido de formas menores de los síntomas que ahora aquejan. Su ocupación será de tal naturaleza que está de acuerdo con su disposición obsesiva: empleado de escritorio, bibliotecario u obrero especializado

Historia Familiar.- Mostrará frecuencia de personalidades obsesivas y quizás con síntomas compulsivos francos. Con mucha frecuencia uno u otro o ambos padres habrán sido del tipo rígido e inflexible y el ambiente de la infancia y de los primeros años de estricta disciplina.

MANIFESTACIONES PSICOPATOLOGICAS

Dentro de las formas psíquicas de presentación señalaremos:

a) Ideas o pensamientos compulsivos; pueden ser simples palabras, ideas, serie de pensamientos, rumiaciones, a menudo inaceptables para el sujeto, relaciones con objetos, recuerdos o pseudos filosofías.
b) Impulsos: (tentación), es la necesidad apremiante a menudo irresistible, de llevar a cabo determinado acto reperitivo y estereotipado.
c) Actos compulsivos: (consumación) El impulso hecho acto, puede variar desde movimientos simples a rituales complicados.
d) Duda compulsiva: Forma de pensamiento obsesivo donde prima la duda, vacilación, e indecisión, habitualmente acompañadas de ideas compulsivas que el enfermo rumia, las cuales conducen a actos repetitivos cuyo objetivo es disipar las dudas irracionales.

PERSONALIDAD PREMORBIDA

Como esta enfermedad se desarrolla la mayor parte de las veces (del 70% al 80%) en la personalidad obsesiva - compulsiva, denominada también anancástica, es necesario conocer los rasgos de esta última que se caracteriza por

a) Rigidéz y falta de flexibilidad.
b) Sobre-inhibición y preocupación por adherirse a ciertas normas de conciencia.
c) Muy concienzudos, amantes del orden y la disciplina.

En algunos casos puede reconocerseles características de valor ético, como la puntualidad, precisión y la confianza que puede depositarse en ellos y la escrupulocidad, que puede llevarlos a la auto-inmolación. No existe una relación entre estos rasgos de carácter y la enfermedad en sí, ya que dentro de la población general existe un alto porcentaje con las características de esta personalidad y como hemos visto anteriormente, la enfermedad es poco frecuente aún dentro de las neurosis. La adhesión a reglas y formulismos les proporciona una seguridad interna que de otra manera les es difícil lograr y esto puede manifestarse en una observancia casi fanática de credos religiosos e ideas políticas. Las personas obsesivas tienden a ser padres muy estrictos y maestros o patrones muy exigentes.

Curso y pronóstico.- La Neurosis Obsesivo - Compulsiva es una forma

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

complicada y profundamente arraigada de enfermedad neurótica. En términos generales puede decirse que es una enfermedad de curso crónico. El pronóstico será mejor si la duración de los síntomas es corto, previo a la primera consulta; si se modifican las condiciones ambientales de stress asociadas al inicio de los síntomas, en caso contrario si el complejo sintomático llega a dominar la vida del paciente y que la personalidad se vea complicada cada vez más puede convertirse en una baja psiquiátrica, a menos que se establezca un tratamiento vigoroso y modificaciones ambientales que reduzcan la presión externa.

Etiopatogenia.- Sobre la causa de esta enfermedad existe dos corrientes entre los investigadores. Freud y sus seguidores con la teoría psicoanalítica consideran factores psicodinámicos raíces psicogpenicas y el papel principal que juega la "regresión" como mecanismo de defensa para el origen de este desórden. Dentro de los factores psicodinámicos, los mecanismos mayormente utilizados serían el de "anulación", "aislamiento" y "formación de reacciones". Esta teoría considera al obsesivo como una persona con un "super yo" hiperdesarrollado y salvajemente crítico, cualidades que se consideran asociadas con las tendencias eróticas anales y una cualidad sadística de la personalidad. Sin embargo autores como Slater, y Mannhein hacen notar que son pocos los pacientes obsesivos propensos a las fantasías sexuales de tipo sadístico y que la mayoría de los sádicos no son obsesivos. Sargant, Slater, Mayer - Gross y otros consideran que factores endógenos específicos solos o en un ambiente propenso pueden favorecer el inicio de los síntomas en las neurosis obsesivas así como en otros desórdenes mentales (esquizofrenia, ciclotimi , melancolía involutiva). Otros autores encuentran anormalidades electroencefalográficas en un elevado porcentaje de esta enfermedad.

Resumiendo expondremos que con un criterio objetivo , la etiología de las neurosis obsesivo compulsivas está aún en proceso de revisión y estudio, pero una aceptación ampliamente extendida señala que la función de los actos compulsivos es aliviar u ocultar la angustia y que por lo tanto su presencia satisface una necesidad neurótica derivada de un mecanismo de defensa de la personalidad, como un esfuerzo para enfrentarse a los conflictos interiores.

DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En este desórden existen gradaciones entre el extremo de los rasgos de personalidad ya estudiados, hasta la enfermedad incapacitante. Es de interés en primer lugar averiguar si los síntomas se dán en una personalidad obsesiva o si se trata de algo nuevo.

En ocasiones es extremadamente hacer un diagnóstico diferencial entre una esquizofrenia incipiente y esta neurosis. El pensamiento obsesivo del neurótico puede ser semejante al material que rumia el esquizofrénico, y sus manerismos pueden sugerir rituales obsesivos. El neurótico obsesivo lucha contra su obsesión, no así el esquizofrénico que lucha más bien por mantener su idea. Si es que el enfermo no logra percibir sus obsesiones como absurdas y en especial cuando la requiera a influencias externas debe pensarse en un proceso esquizofrénico.

Hay que descartar también orgánicos cerebrales ya que se han descrito

Biblioteca Enrique Encina - Hospital Víctor Larco Herrera

manifestaciones de conducta obsesivas en lesiones del lóbulo temporal y secuelas de encefalitis.

Es necesario diferenciarlos también de las manifestaciones fóbicas pese a que muchos autores las incluyen dentro de los fenómenos obsesivo-compulsivos y muchas veces es difícil hacer una diferenciación cabal. En el caso de las fobias, están caracterizadas por el temor y la angustia que puedan producir objetos o situaciones externas y el paciente controla su ansiedad evitándolas.

Se describe que el 20% de pacientes con manifestaciones depresivas cursan con síntomas obsesivo-compulsivos. Hay que tener en cuenta que las personalidades obsesivas están sujetas a desarrollar depresiones involutivas y síntomas de despersonalización. El obsesivo así mismo es propenso a desarrollar estados de ansiedad, que aparecen sin aumento notable de los síntomas conpulsivos.

Un cuidadoso análisis del caso particular cuando éste se preste a duda permitirá hacer el diagnóstico, que es sencillo cuando los síntomas obsesivo compulsivos se muestran típicos y obsesivamente claros.

TRATAMIENTO

Las neurosis obsesivo-compulsivas que se han desarrollado por completo pueden ser más resistentes al tratamiento que las Psicosis leves.

El tratamiento debe ser básicamente psicoterapéutico, se puede utilizar la psicoterapia de apoyo, reajuste del ambiente y sedación (en casos de angustia). Se utiliza también la Psicoterapia de relación y expresiva.

Los psicoanalistas insisten en que el largo tiempo y es esfuerzo exigido por el tratamiento vale la pena y puede lograrse un completo alivio pese a las dificultades en la transferencia ya notadas por Fenichel en 1931.

Cuando los métodos de tratamiento han fracasado, hay que considerar la leucotomía pre frontal que en pacientes escogidos dán notorio alivio de los síntomas.

NEUROSIS FOBICA

Definiciones.- Fobia puede ser definida por el temor de un objeto, acto o situaciones específicas, que no son realmente peligrosas, pero que pueden llegar a representar un peligro para el paciente. Estos objetos, situaciones, o actos, pueden en teoría ser evitados con un esfuerzo más o menos vigoroso. Es así como el temor a la muerte no es una fobia.

La A. P. A. define la neurosis fóbica como el método intenso a un objeto o situación que el sujeto reconoce como peligrosa para él.

La aprensión puede llevar al sujeto a experimentar mareo fatiga, palpitaciones sudores, náusea, temblores y aún pánico. Dicha aprensión aflictiva en grado extremo en realidad se deriva de otras fuentes inconscientes que

Biblioteca Enrique Encinas del Hospital Víctor Larco Herrera

el enfermo no percibe. Utiliza como mecanismos de defensa la simbolización y el desplazamiento.

Frecuencia y distribución.- Epidemiológicamente los datos son imprecisos pero se ha encontrado que es más frecuente en el sexo femenino y en las personas jóvenes; afecta menos a la población rural; la padecen sujetos con inteligencia promedio o superior. Aproximadamente el 20% de los sujetos con trastornos psiquiátricos tienen fobias. Pueden presentarse también en sujetos normales con rasgos fóbicos pero que se adaptan a ellos y no interfieren con el funcionamiento integral de su personalidad.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Hablamos de neurosis fóbica cuando los síntomas fóbicos son predominantes e interfieren con el normal funcionamiento de la personalidad, por su intensidad, frecuencia, de aparición, y su variedad de manifestaciones.

Fobias más frecuentes:
Acrofobia: temor a las alturas.
Agorafobia: temor a los espacios abiertos.
Claustrofobia: temor a los espacios cerrados.
Zoofobia: temor a los animales.
Aquafobia: temor al agua.
Xenofobia: temor a los extraños.

Etiología.- El síntoma fóbico puede considerarse como resultado defensivo del YO en su lucha contra diversos impulsos, tendencias, deseos, hechos traumáticos que producen ansiedad y que se trata de evitar utilizando los mecanismos de defensa antedichos (simbolización y desplazamiento).

Diagnóstico diferencial.- Es necesario diferenciar del miedo o temor hacia algo definido y en proporción al estímulo. Con la neurosis de ansiedad que a veces tratan de justificarse con ciertos temores o aprensiones. Con los rasgos fóbicos en sujetos normales y con las neurosis obsesivo-compulsivas, donde ciertas obsesiones pueden asemejar a las características de las fobias.

Tratamiento.- Sintomática, para calmar la ansiedad, y la psicoterapia de apoyo y manejo ambiental. Otros tipos de psicoterapia más profunda con elección cuidadosa y evaluación de la personalidad del paciente.

Pronóstico.- Pese a las dificultades de orden estadístico, se reportan comunicaciones optimistas en el tratamiento de esta neurosis.

NEUROSIS DE DESPERSONALIZACION

La despersonalización, término introducido por Dugas en 1898, no es un trastorno específico sino que a nivel sindrómico se dá en múltiples enfermedades mentales; entre ellas, afecciones cerebrales (parietales y tronco cerebral); intoxicaciones por mescalina y LSD, esquizofrenia, estados depresivos, neurosis, histérica, neurosis de angustia, y neurosis obsesivo-compulsivas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La clasificación adoptada por la A.P.A. la define como un sindrome dominado por un sentimiento de irrealidad y extrañeza con respecto al yo, el cuerpo y el mundo exterior.

Noyes la define como sentimientos de irrealidad, una pérdida de la convicción de la propia identidad y del sentido de identificación y control sobre el propio cuerpo. El enfermo siente que ya no es el mismo, sin que quiera decir que es otra persona, matizado con un aterrador sentimiento de extrañeza e irrealidad. El sentimiento de irrealidad implica: a) sentimiento de personalidad cambiada y b) sensación de que el mundo externo es irreal.

Estos síntomas pueden darse en personas normales después de agotamiento o stress; más frecuente en el sexo femenino, como una forma de sustraerse a la realidad.

Una breve experiencia de despersonalización no es necesariamente un síntoma de enfermedad.

Ludwin, refiere que se dá cuando hay reducción de los estímulos exteriores y actividad motora, como en los casos de confinamiento solitario, (de privación de los náufragos, perdidos en desiertos), hipnosis profunda, de privación de sueño, de privación sensorial experimental.

Es frecuente en el inicio de la esquizofrenia que le confiere su acento fantástico, expresándose a través de un lenguaje abstracto, extraño y contradictorio.

Puede ser inducido por numerosos agentes farmacológicos (anestésicos, psicodislépticos, narcóticos, sedantes y estimulantes).

Este sindrome en conjunción con conducta autodestructiva es más común de lo que se piensa. Durante este estado los mecanismos defensivos no están operantes con la eficiencia del estado normal. Muchos impulsos inaceptables y actos homicidas, suicidas, excibicionistas son más fáciles de presentarse. Estos hechos han sido descritos en sujetos bajo los efectos del L.S.D.

Algunos autores reconocen la presencia de este sindrome ocupando las manifestaciones primordiales dentro del cuadro clínico, lo que justificaría su denominación de "neurosis de despersonalización" pero a juicio de ellos mismos es extremadamente rara.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ESTADOS DEPRESIVOS

Dr.Humberto Rotondo

El estado depresivo se caracteriza esencialmente por un sentimiento de pesadumbre o abatimiento.

Para el deprimido, en mayor o menor grado, hay una mengua y hasta una pérdida de la plenitud y sentido de la vida, con una suerte de encierre en sí mismo, falta de despliegue de las capacidades con una disminución y hasta ausencia de la capacidad de goce, con sufrimiento o dolor moral por todas esas limitaciones.

Se le puede clasificar: a) como emoción más o menos intensa o estado efectivo comprensible en función de la situación, b) como estado de ánimo o modificación afectiva de un tipo endógeno o sea cambios en la esfera vital de la personalidad, c) en cuanto a disposición de la personalidad de índole constitucional, permanente, sin llegar a una desviación pronunciada de tipo mórbido, d) como sindrome tipificable como conjunto mórbido.

Este sindrome general puede subdividirse en dos grandes sindromes: a) psíquico, b) físico.

Este sindrome depresivo, puede, artificialmente, clasificarse en función de los factores etiológicos que le condicionan preponderantemente: a) de tipo endógeno, b) de tipo exógeno, c) de tipo psicoreactivo.

En segundo lugar, el sindrome depresivo puede ser leve, moderado o de grado intenso en cuanto a intensidad sintomática y compromiso de la personalidad; impropiamente, generalizando para las formas leves y moderadas se ha empleado el término: trastorno neurótico; y a las formas endógenas se les ha llamado psicóticas; existiendo formas mitis endógenas y otras de tipo psicótico caracterizadas por franco alejamiento de la realidad.

Los estados de ánimo persistentes "pueden aparecer como eco y como reflejo de emociones actuales" a más de ser modalidades de nuestro ánimo interno que se proyectan sobre el mundo... Eso ocurre, normalmente, con la tristeza.

El humor triste "se reconoce ante todo por una vivencia de falta de lus, de íntima obscuridad, por un estado sombrío.

En el humor deprimido se experimenta un agotamiento y pobreza vital, un abatimiento y vacío. Frente a la elevación y desenvoltura propias del estado de ánimo alegre se encuentra la vivencia de una aprensión interna y de un hundimiento.

El triste vive su experiencia como una "carga" que se expresa como "abatimiento", "desaliento". Esta se manifiesta, ante todo, en la expresión corporal. Corresponde al abatimiento la vivencia de un vacío vital y de una pobreza del mundo.

La existencia del deprimido está sumida en un mundo vacío del sentido.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La depresión actúa como un tono vital determinante de la actitud frente a la vida y al mundo. El optimismo de la expectativa vital queda detenido o paralizado. La disposición para la acción espontánea queda reducida a un mínimo o desaparece. Al que tiene el ánimo triste se le hace difícil tomar cualquier resolución o decisión. Hay una mala disposición para aproximarse a los demás y hacia las cosas de su mundo; éstos y éste no le atraen, nada le interesa y ésto es vivido penosamente.

El triste, es ante todo, incapáz de cualquier clase de goce vital. La tristeza auténtica encierra un verdadero sufrimiento existencial.

Resumiendo: en la tristeza se dá una insatisfacción en el estado de ánimo, un déficit o empobrecimiento de los valores y un vacío interior, falta la soltura, el desahogo, y la claridad interna propios del estado de ánimo alegre.

La tristeza es un empobrecimiento de los valores, conscientemente vivenciado. En el triste hay resignación, la renuncia a todas las esperanzas de la vida. El triste se encuentra amarrado a su interioridad, en medio de una pesadéz interna y lentitud, alejado de aquí y del ahora, y afligido por todo ello.

El estado de ánimo aprimido, abatido, triste, es un hecho corriente de nuestra experiencia, a) como emoción transitoria; b) como estado de ánimo o humor, propiamente dicho, surgiendo espontáneamente de un fondo endotímico o como eco o reflejo de emoción triste; c) este estado de ánimo se hace presente de vez en cuendo en el ciclotímico y afecta con frecuencia al esquizofrénico y al esquizoide.

No es posible determinar con medios objetivos el punto en que se alcanza el límite de la patología en cuanto a profundidad, duración y frecuencia de la distimia.

CAPACIDAD DE TOLERAR LA DEPRESION.-

Cuando se traspasa el límite de lo patológico, tenemos, todavía el hecho de que la capacidad para soportar el estado depresivo varía grandemente de unos casos a otros:

1.- Es mayor, por término medio, en las depresiones reactivas.
2.- Se dán, también, graves depresiones endógenas que son pacientemente aceptadas y soportadas, pero son los allegados que intervienen para solicitar una consulta.

En el estado de ánimo depresivo es básico un (1) afecto negativo frente a todo y a todos. Le acompaña (2) inhibición general de la actividad psicomotora e inclusive de muchas somáticas, aunque en relación a esto hay excepciones: la incesante preocupación en torno al contenido de la depresión, tanto en la depresión reactiva en que gira alrededor de lo que la desencadenó, como en la endógena, en que gira en torno a representaciones de enfermedad, miseria y culpa.

Cuendo el paciente se ocupa de su propia y auténtica dolencia, lo hace la mayoría de las veces en forma de autorreproche o para aumentar sus preo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cupaciones o también presentándola como castigo... se cree culpable de la desgracia de los demás, víctima de una enfermedad incurable...

El sentimiento de anafectividad es frecuente al inicio de las depresiones endógenas.

La depresión representa el trastorno de una función. Los procesos del pensamiento resultan desde luego afectados por la inhibición y la lentificación generales, pero cualitativamente no se hallan alterados y en sí se hallan intactos. La función perceptiva se encuentra indirectamente comprometida. Las sensaciones corporales presentan "oscuro trastorno", el cuerpo es percibido como pesado, sus formas como perezosas.

La actividad decrece, los movimientos son lentos, faltos de vigor, se realizan con esfuerzo.

Las formas vitales se comprometen en un sentido negativo, vienen a menos: el sueño se acorta y se hace superficial; el apetito disminuye o desaparece, las energías menguan, el deseo y la potencia sexual aminoran o desaparecen.

No son raros los casos en que la melancolía se agrava considerablemente en las mujeres hacia las fechas menstruales o surgen durante éstas; así como puede hacerlo en relación con el embarazo, el puerperio o la menopausia.

CAUSAS DEL SINDROME DEPRESIVO.-

PSICOGENAS — Depresión — EXOGENAS / ENDOGENAS

En el sentido clínico corriente no se cuentan entre las depresiones endógenas aquellos estados depresivos que surgen en el transcurso de otras psicosis endógenas; tales estados no son raros en la esquizofrenia y durante su transcurso puede quedar por completo oculta la sintomatología esquizofrénica. También se presentan distimias epilépticas en forma de episodios depresivos.

Aparte se halla el grupo nuclear de las depresiones endógenas, en sentido estricto, ya solas, ya alternando con fases maníacas, ya en conexión con los procesos degenerativos e involutivos, ya independientemente de estos últimos.

FRECUENCIA Y DISTRIBUCION.-

Los estados depresivos son muy frecuentes en la población general. Estudios de morbilidad de campo señalan valores elevados de prevalencia, con cifras más altas para el sexo femenino para estados depresivos de un tipo psicoreactivos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Prevalencia Actual en la Población General

(Mendocita - Lima)

	Total	Varores	Mujeres
Reacción depresiva	5.8%	1.6%	10.4%
Reacción de angustia	9.2%	4.6%	13.8%

Diagnóstico inicial (primera consulta 1963-1964 Centro de Salud Mental Hermilio Valdizán).

NEUROSIS:	219	19.8%
Reacción depresiva	92	
Reacción de angustia	46	
Reacción no especificada	35	
Reacción de conversión	19	
Reacción de disociación	12	
Obsesivo compulsiva	11	
Fóbica	2	
Hipocondríaca	2	

DEPRESION ENDOGENA NO PSICOTICA

Es una depresión no psicótica, de tipo endógena. Representa un episodio específico de depresión, no reactivo o neurótico, sin relación a algún trastorno exógeno y que aparece en algún período o períodos del ciclo de la vida, en sujetos, por lo demás con una estructura de la personalidad caracterizada por estabilidad y maduréz emocional y desenvolviéndose en situaciones no conflictivas o particularmente "stressantes".

Están presentes la mengua del impulso biológico, pérdida del interés, insomnio, inquietud interior, indecisión y abatimiento.

Epidemiología:-

Muy frecuente en la práctica general médica. Representa casi el 25% de todos los nuevos casos psiquiátricos, vistos por el médico general. Es más frecuente en mujeres y en los grupos de edad más jóvenes.

Etiología:-

La causa es endógena, originándose como resultado de algún desórden de los centros diencefálicos que controlan el estado de ánimo o humor, el sueño, peso, metabolismo y el nivel de conciencia.

Descripción clínica:-

Puede presentarse como un episodio agudo de varias semanas de duración o puede iniciarse insidiosamente y evolucionar tórpidamente durante varios años.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Se advierte primero una mengua del entusiasmo; las actividades que se realizaban habitualmente con facilidad parecen más difíciles y no proporcionarán la satisfacción acostumbrada. Luego se desarrollan cambios más definidos del estado de ánimo en el sentido del abatimiento o pesadumbre, períodos de ineficiencia en el trabajo; trastorno del sueño, el que se torna superficial, con despertar de madrugada, pérdida del apetito y síntomas físicos sin causa orgánica (estreñimiento, dispepsia hiposténica, etc.)

A medida que progresa la enfermedad se definen los siguientes síntomas: pérdida del impulso y de la confianza, sentimientos de culpa, indecisión, preocupación acerca de trivialidades, sentimientos de inadecuación, aversión hacia las responsabilidades, rumiación sobre asuntos insignificantes, pérdida general del interés, capacidad disminuída para concentrarse, pérdida del apetito sexual y un estado de ánimo marcadamente depresivo. Los síntomas usualmente tienen una variación diurna, intensificándose en las mañanas, pero a medida que avanza el trastorno tienden a permanecer constantes.

En plena enfermedad son comunes los síntomas físicos y comprometen cualquier aparato, más, el tracto gastrointestinal.

Diagnóstico Diferencial:-

El diagnóstico diferencial de la depresión mitis endógena incluye a los estados de angustia, las depresiones reactivas, por agotamiento y las neurosis, las psicosis maníaco-depresiva (tipo depresión), la depresión psicótica, la esquizofrenia tipo esquizoafectiva y los casos iniciales de los desórdenes crónicos cerebrales.

El DD. no es difícil de establecer mediante un cuidadoso estudio longitudinal, un examen mental, pruebas psicológicas, examen físico.

Pronóstico:-

Es excelente con un adecuado tratamiento. Hay siempre la posibilidad de una recurrencia. Un diagnóstico y tratamiento precoces reducen usualmente la duración de la enfermedad. Una somatización marcada o rasgos obsesivos parecen asociarse a una prolongación de la enfermedad.

Tratamiento:-

El tratamiento consiste en terapia de apoyo, sintomática y terapia específica. Es importante establecer precozmente un diagnóstico positivo en el curso de la enfermedad de tal manera que no se refuercen los síntomas somáticos.

El tratamiento de apoyo y sintomáticos consiste en atender al sueño, la dieta, la reducción de responsabilidades y el recorte de compromisos sociales.

Psicoterapia de apoyo y reaseguración tienden a disipar miedos e incertidumbres y alivian algunos síntomas.

La terapia específica es ante todo la farmacológica (antidepresivos).

Psicoterapia de un tipo expresivo no es recomendable porque puede agravar los sentimientos de culpa, aumentar la tensión y profundizar la depresión.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DEPRESIONES NEUROTICAS

Se trata de condiciones psicógenas iniciadas en temprana edad, de un curso crónico, con exacerbaciones y que se manifiesta por sintomatología depresiva.

Las depresiones neuróticas se caracterizan por una pérdida de la estima de sí mismo o del propio valor, iniciada en los primeros años de la vida y reactivada luego por experiencias de pérdida o de fracaso de alguna clase.

Los pacientes con este tipo de depresión se quejan de abatimiento, de dificultad para concentrarse. Es frecuente en ellos la frecuente referencia a que están sin apoyo o ayuda de los demás; se sienten vacíos, solitarios, sin valor o inferiores, inadecuados.

Por lo común esos síntomas no son muy intensos. A menudo demandan o exigen afecto, reaseguración, simpatía o atención. A veces sus quejas son tan hostiles o perentorias que frustran sus propios objetivos, irritando o alejando precisamente a aquellos cuyo apoyo solicitan. No faltan pensamientos suicidas.

Síntomas Físicos:-

Se sienten cansados, tienen dificultad para dormir. El apetito está disminuído, pero puede incrementarse.

Etiología:-

Una variedad de causas llevan a la mengua de la auto estima: falta de cariño o estima de parte de las figuras representativas "padre, madre, etc."

Se trata, específicamente, de aportes o suministros insuficientes de afecto y de aceptación, frustraciones excesivas, prematuramente experimentados, desvalorización. Tempranamente experimentan sentimientos de minusvalía que conducen a alguna forma de inefectividad en las actividades educacionales y sociales tempranas. Durante la niñéz y después la autoestima puede afectarse, aún más, adversamente por enfermedades, desfiguramiento, falta de atractivo personal y por pobres rendimientos en actividades educacionales, sociales y en el trabajo.

Todas estas circunstancias predisponen al individuo a reaccionar con depresión con motivo de pérdidas, fracasos o culpa.

A veces la predisposición depresiva es tan pronunciada que, puede decirse, la persona posee estructura neurótica de la personalidad caracterizada por un pesimismo crónico, sentimientos de soledad, sentimientos de insatisfacción, infelicidad y sentimientos de culpa e inadecuación.

Diagnóstico Diferencial:-

En la depresión neurótica:

1.- Existe el antecedente de sintomatología neurótica diversa.
2.- Presentan un curso fluctuante, con exacerbaciones.
3.- Muestran en general, gran dependencia y evidentes tendencias exigentes de atención y cariño.
4.- No se manifiestan compromisos marcados de la esfera vital, aunque

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

a veces, puede observarse un tinte endógeno con inhibición, fuerte envolvimiento de las funciones vitales.

Tratamiento:-

Ha de ser siempre psicoterapéutico y a la vez farmacológico.

Un pre-requisito de todo tratamiento es una actitud empática, comprensiva, de sus molestias y de su situación. Han de examinarse las circunstancias de la pérdida, de la mengua de la estima actual y luego, prudentemente, de los factores predisponentes para la reacción afectiva. Se requiere por lo general, un largo período de tratamiento, con mucho apoyo emocional y ayuda para que estos neuróticos depresivos a través de experiencias emocionales correctivas puedan adquirir una perspectiva más realista de su valor personal.

REGLAS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DE TODO TIPO DE ESTADO DEPRESIVO:-

1.- Individualizado. 2.- Se tendrá siempre en cuenta la profundidad de la depresión, sus manifestaciones y los rasgos de la personalidad del paciente. 3.- El tratamiento ha de ser apropiado a la noción de causas múltiples y a la posibilidad de la "cristalización" de las reacciones depresivas.

I.- Es muy importante la manera como el deprimido se sienta tratado desde un comienzo (¡interés genuino; observación completa; examen físico; todo oportunamente..)

II.- Comunicación del diagnóstico: "no hay porqué declararle que nada tiene o que sus síntomas son imaginarios".

III.- Exhortaciones a que se calme son inútiles, no lo puede hacer voluntariamente.

IV.- Debe enviarse el caso al Psiquiatra para consulta y tratamiento cada vez que se expresen o sospechen intenciones de suicidio, o haya agitación grave o delusiones.

V.- Explicar la naturaleza de la enfermedad señalando que se trata de una enfermedad común para la que se dispone de un tratamiento y que puede curarse si colabora y sigue las recomendaciones médicas.

VI.- Señalar que la mejoría será progresiva y que en un determinado momento del tratamiento tendrá días "buenos" al lado de días "malos". Esta reaseguración se repetirá en cada visita.

VII.- Cuando sobrevenga alguna mejoría, utilizarla para fines de reaseguración.

VIII.- Precisa desanimar o disuadir al paciente de toda actividad o empresa difícil, pues un fracaso aumentará sus sentimientos de culpa y de incapacidad.

IX.- En vista de su indecisión toda prescripción ha de ser explícita y frecuentemente repetida sobre todo en cuanto tratamiento a seguir y actividades

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

a llevar a cabo.

X.- Los médicos no se dejarán desanimar por la lentitud de los progresos obtenidos en el tratamiento.

XI.- Si se le preguntara por la duración del estado depresivo se podrá responder que dura meses, pero agregando, enseguida, que mejorará progresivamente.

XII.- En general un tratamiento beneficioso es prolongado dado el curso prolongado de los transtornos depresivos.

XIII.- Los pacientes en un comienzo, deben ser vistos semanalmente: a) para seguir de cerca la evolución, b) para ofrecer el apoyo necesario.

XIV.- No es saludable comunicar las hipótesis o conjeturas sobre la dinámica del proceso.

XV.- Una vez mejorado el paciente se le controlará en forma regular, promoviendo su vuelta a las actividades habituales de su vida.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ESTADOS DE ANGUSTIA

Dr.Humberto Rotondo

1.- LA ANGUSTIA COMO PERTURBACION AFECTIVA. DESCRIPCION.

Clasificación.-

a) Como disposición anímica anormal (personalidades anormales): sujetos con tendencia constitucional a angustiarse.

b) Como reacción afectiva anormal en:
trastornos psicorreactivos o situacionales
desarrollos anímicos anormales
neurosis propiamente dichas.

c) Trastorno endógeno
angustia "vital"
depresiones
brotes esquizofrénicos agudos.

d) Trastorno exógeno
período de abstención de toxicomanías
estados tóxicos: cafeína, atropina,haschisch, anfetamínicos, LSD_{25}

La angustia es el síntoma esencial capaz de revestir formas muy diversas La angustia se define como un miedo sin objeto actual y definido. Es conciencia de un peligro o amenaza, inminente e insoportable, pero a la vez impreciso.

En la angustia el individuo se siente perdido, aislado, desamparado, teme morir o perder la razón. La conciencia inmediata es un llamado de ayuda y una búsqueda de causa o explicación.

Clínicamente la angustia se presenta sea bajo la forma latente de la espera ansiosa o bajo la forma paroxística de la crisis de angustia. La angustia aparece insidiosa o súbitamente.

Describiremos sucesivamente sus diversas formas clínicas.

1. La crisis de angustia (fenómeno paroxístico).

2. Los estados interparoxísticos o de fondo.

3. Las crisis larvadas o equivalentes.

4. Las manifestaciones físicas.

1. Las crisis de angustia

a) Manifestaciones.

Por lo común suceden a una fase de espera ansiosa más o menos prolongada y que a veces ha pasado desapercibida; esta puede incrementarse progresi

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

vamente o aparecer de súbito la típica crisis. "La crisis" se presenta después de una "contrariedad" o dificultad, otras sin una causa aparente inmediata; por lo común de noche consecutivamente a ensueños terroríficos.

Ocurre en individuos por lo común fatigados o con dificultades especiales de adaptación o "stresses" en alguna situación de la vida (familiar, social, profesional).

Ante todo y de inicio es un estado físico extremadamente penoso de constricción malestar, sofocación y de peligro localizado a nivel del corazón, respiración y de tubo digestivo.

El individuo se siente perdido, aislado, desamparado, teme morir o perder la razón. Las manifestaciones somáticas son numerosas. Los síntomas de la angustia aguda incluye los efectos de una actividad ortosimpática incrementada y de una tensión musculoesquelética aumentada.

En una crisis de angustia se puede experimentar palpitaciones, disnea anorexia, sequedad de la boca, aumento de la sudoración y variadas tensiones musculares; pueden agregarse incremento de la frecuencia urinaria y diarrea. Las frecuentes variaciones en cuanto a los órganos más afectados durante la angustia son debidas quizás a factores constitucionales o a elementos de sugestión o a la atención prestada al primer órgano afectado.

Cuando la angustia se hace crónica los cambios visuales disminuyen un tanto mientras continúan y empeoran las tensiones musculares (región lumbar, extremidades, etc.); en ese caso puede observarse, también, que unos órganos se afectan más que otros. La angustia rara vez se presenta en forma pura; casi siempre en mayor o menor proporción, se le asocian depresión o cólera.

b) Evolución de la crisis.

Las crisis de angustia son generalmente cortas; por lo general duran minutos. No es raro que se repitan con mucha frecuencia. Por lo común terminan casi bruscamente; el sujeto queda cansado, orina abundantemente y puede dormirse.

Con mucha frecuencia queda esperando ansiosamente la presentación de una nueva crisis. En general las crisis se alejan pero el enfermo comienza a buscar explicaciones, exámenes en función de las características somáticas de su crisis pudiendo emerger, entonces, definidas tendencias hipocondríacas o fóbicas.

2. Estados interparoxísticos o de fondo

Se caracterizan por a) una espera ansiosa b) un estado de excitabilidad general.

a) La angustia en la espectativa o espera ansiosa puede referirse a cualquier hecho o situación de la cual tienen conciencia.

b) La excitabilidad general que muchos llaman "nerviosidad" se distingue por

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

reacciones neuro-musculares, neuro-vegetativas y emocionales son muy fáciles de despertar, rápidas, difusas y prolongadas.

Forman parte de esta hiper-reactividad: la hiperestesia sensorial, la hipertonía muscular estriada o lisa, las reacciones de sobresalto, la irritabilidad. El sueño se hace entrecortado, superficial, con ensueños terroríficos, sin que proporcionen descanso, otra manifestación es la fatiga.

3. Crisis larvadas o equivalentes

1. Equivalentes somáticas.

Los síntomas somáticos de la angustia aguda pueden presentarse en forma aislada, y generalmente con una menor carga ansiosa. Se trata de descargas vegetativas y espasmos.

a) En el aparato respiratorio: crisis disneicas o de hiperventilación.

b) Cardio vascular: crisis de palpitaciones, de taquicardia, molestias tipo opresión o dolor precordial. Crisis vasceons trictivas o congestivas.

c) Digestivo: constricción faringe, espasmos gástricos e intestinales, crisis de náusea, vómitos, diarrea, sequedad, excesiva salivación, hambre o sed paroxística.

d) Urinaria: polaquiuria, poliuria.

e) Músculo - esquelético: temblores, fibrilaciones faciales, palpebrales, dolores musculares por tensión.

f) En la esfera sensitiva sensorial: hiperestesias, parestesias, crisis de prurito, de sudor, zumbidos de oídos, sensación de moscas volantes, crisis vertiginosas subjetivas, cefaleas tensionales.

2. Equivalentes psíquicos.

Se trata de esbosos fugaces de organización psiconeurótica, lo que ase más tolerable la angustia.

1) Estados fóbicos, transitorios y variables.

2) Freocupaciones ansiosas, mentismo.

3) Manifestaciones del carácter de un tipo paroxístico: cólera.

4) Ensueños terroríficos repetitivos, pavor nocturno, tendencia al sueño.

ETIOLOGIA

Según el asiento del peligro cuya percepción dá origen a la angustia como reacción afectiva o a través de modificaciones biológicas se pueden distinguir tres clases de angustia:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

1.- El peligro proviene del propio cuerpo

angustia vital

a)- Como resultado de modificaciones en el funcionamiento del aparato respiratorio, circulatorio, etc. (dísnea, descompensación cardíaca).

b)- Enfermedades endocrinas, tumores suprarrenales. Feocromacitoma-carcinoma maligno.

c)- Modificaciones endógenas de la afectividad.

d)- Modificaciones de la afectividad de tipo exógeno: ansiedad ictal, ansiedad tóxica.

2.- El peligro amenaza desde el medio ambiente

angustia real

Inseguridad
Amenaza a valores básicos.

3.- El peligro asienta en la propia psiquis

angustia intrapsíquica

Conflictos intrapsíquicos.

ASPECTOS ETIOLOGICOS

Factores predisponentes (de mayor peso en la angustia neurótica).

a) Constitucionales.

b) Adquiridos.

Fragilidad o vulnerabilidad adquirida básicamente a través de un clima de frustración de necesidades básicas, clima familiar ansioso.

Factores desencadenantes actuales (de mayor peso en la angustia situacional o psicoreactiva).

a) Stress psíquico masivo ("traumatismos emocionales").

b) Condiciones particulares de la vida genital, interrupción preorgásmica.

c) Causas coadyuvantes (?).

Enfermedades somáticas.
Stress psíquico: por dificultades familiares, ocupacionales, etc.
Separaciones,privaciones.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

COMPLICACIONES DE LA ANGUSTIA

Círculos negativos:

a) Las manifestaciones somáticas de la angustia a través de su percepción y de la atención concentrada a ellos, retroalimentan la angustia al suscitar temores por las sensaciones experimentadas.

b) Después de una crisis de angustia queda una espera ansiosa ante la posibilidad de una recidiva de la angustia pasada "la angustia ante la angustia".

c) Después de un largo período de angustia como expresión de agotamiento puede sobrevenir un estado depresivo.

EVOLUCION

1.- Forma aguda.

Se presentan tanto en los desórdenes psicoreactivos o situacionales y en los desórdenes neuróticos descompensados o agravados por situación de "stress psíquico". No duran, generalmente evolucionan:

a) Hacia la curación de acuerdo a los recursos de la personalidad y a la terapéutica empleada. Esto ocurre en los desórdenes psicoreactivos o en los neuróticos debidamente tratados.

b) Puede evolucionar en forma periódica, como sucede en aquellas formas endógenas o vitales de la angustia.

c) Hacia una organización psiconeurótica propiamente dicha a través de la emergencia de tendencias hipocondríacas, fóbicas.

2.- Formas subagudas y crónicas.

No son posibles sino en casos donde el factor personalidad neurótica es de cierta monta.

Aquí tenemos a los crónicamente ansiosos, inseguros, que frente a situaciones nuevas y de responsabilidad, se descompensan.

Clínicamente un fondo constante de angustia se acompaña intermitentemente de crisis de angustia, pueden aparecer en forma pasajera y cambiante diversos síntomas psiconeuróticos. En estos casos, por la baja tolerancia a la angustia y a la pobre intervención de mecanismos de defensa, pueden presentarse toxicomanías al encontrar en el alcohol, barbitúricos, meprobamatos o clordiazepóxidos un fácil alivio a sus tensiones.

PRONOSTICO

En general es tanto más favorable: 1) cuando el medio familiar en más sano y afectuoso, 2) la predisposición poco acentuada, 3) la situación de-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sencadenante es más aguda, intensa; 4) el inicio agudo; 5) el tratamiento más rápido y completo.

DIAGNOSTICO POSITIVO Y DIFERENCIAL

1.- Diagnóstico positivo.

a) Descubrimiento de la angustia, difícil cuando se enmascara bajo síntomas somáticos.

b) Alivio de la angustia por el contacto interpersonal.

2.- Diagnóstico diferencial.

a) Trastornos orgánicos, angina de pecho, diabetes, uremia.

b) Psicosis, depresión melancólica, esquizofrenia.

c) Psiconeurosis; en ellas la angustia o la depresión se encuentran atenuadas por diversos mecanismos de defensa.
Neurosis fóbica
obsesiva
conversiva, disociativa
hipocondríacas

3.- Formas intermediarias.

TRATAMIENTO

RELACION MEDICO-PACIENTE

comunicación	respeto
apoyo o aseguramiento	empatía
ventilación	esclarecimiento

escuchar, reasegurar, calmar.

Cuando el factor predisposición es de mayor peso: psicoterapia modificadora.

TRATAMIENTO SINTOMATICO.- Concomitante a una actitud esperanzada del terapéuta y actitud de interés genuino sobre la base de estudio completo sin vacilaciones ni postergaciones y de un intento sincero de comprender la situación del paciente.

a) Clordiazepóxido, diazepán
b) meprobamatos
c) tioridazina
d) levomepromazina.

Y cuando se asocia a depresión: a) amitriptilina
b) benzodiasepina.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PSICOTERAPIA

Dr.Humberto Rotondo

DEFINICION:- Definimos la psicoterapia al tratamiento que emplea medios psicológicos para alcanzar sus objetivos: eliminación o alivio de síntomas y "stress" psíquicos haciendo posible la vida y el desarrollo personal.

Los problemas que requieren ayuda psicológica son de las siguientes clase:

1.- Aquellos que provienen sobre todo del pasado remoto de la vida del paciente (stresses psíquicos tempranosinteriorizados) y que se manifiestan bajo la forma de síntomas psíquicos o psicofisiológicos.

2.- Aquellos que provienen de "stresses" psíquicos actuales, interiores o exteriores y que se manifiestan bajo la forma de síntomas psíquicos o psicofisiológicos.

3.- Aquellos que resultan de una combinación variable de 1.- y 2.-

1) Puede decirse que cuando los problemas de una paciente provienen principalmente de su pasado el tratamiento de elección, salvo contraindicaciones, es Psicoterapia profunda del dominio del especialista.

2) Cuando los problemas son predominantemente actuales, están indicadas según las necesidades del caso, diversas formas de psicoterapia de base dinámica o de otro tipo, de corta duración (al alcance de todo médico prudente, discreto y benévolo) y centradas en la solución del problema actual.

EL PROCESO DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO.

DIAGNOSTICO POSITIVO:- El tratamiento apropiado de cualquier paciente parte de un diagnóstico positivo. El tratamiento de la enfermedad emocional o de los factores emocionales en la enfermedad no hacen excepción a esta regla. Requiere de un diagnóstico positivo. La enfermedad emocional no puede ser diagnosticada simplemente por la presencia de hallazgos patológicos en el examen físico o en las pruebas de laboratorio o por hallazgos insuficientes para los síntomas. Diagnosticar una reacción situacional o una neurosis por exclusión es tan inexacto como diagnosticar cáncer al pulmón sólo porque el médico no encuentra coincidencia de T.B.C., neumonía bronquiectasia o de cualquier cosa que puede pensar, excepto cáncer, que pueda estar causando tos. Hasta que el médico encuentre evidencia positiva del cáncer podrá sospechar pero no lo diagnosticará; de igual modo, hasta que no encuentre evidencia positiva de neurosis podrá sospecharla pero no la diagnosticará.

El diagnóstico de enfermedad emocional simplemente por la aparente exclusión de enfermedad orgánica puede retardar el diagnóstico y el tratamiento definitivo.

El diagnóstico positivo de enfermedad emocional dependerá primariamente de la apropiada evaluación de 3 determinantes:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

1) De las naturaleza de los síntomas del paciente y de su semajanza a los sindromes hallados en enfermedades emocionales.

2) La sincronización del inicio, incremento o decremento de los síntomas con respecto a crisis de "stress" ambiental o del desarrollo o a cambios en la capacidad adaptativa del paciente y

3) La influencia de cualquier condición coexistente o contributorio, tal como enfermedad orgánica.

La habilidad para hacer un diagnóstico positivo depende, por eso, de la habilidad de tomar una historia con énfasis apropiado en los factores emocionales y familiaridad con psicopatología así como con la patología orgánica.

Para reforzar el diagnóstico positivo se tratará de comprender la estructura de la enfermedad, reconociéndose los signos de desequilibrio o de desorganización de las fuerzas psicológicas, a través de una evaluación de:

a) 1.- del grado de contacto con la realidad (percepción y evaluación).

2.- calidad y grado de dominio o control consciente sobre las tendencias instintivas y emociones, que puede ser según los casos, de alguna de estas formas:

- dominio conciente
- represión neurótica
- quiebra de la represión (psicótica)
- "impulsividad" psicopática.

3.- capacidad para el desarrollo de sublimación y movilización de capacidades.

b) Una evaluación de las capacidades o funciones adaptativas del paciente en sus aspectos positivos y negativos específicos demostrados a través de sus respuestas previas al "stress" o sea de lo que se denomina la fuerza del YO o capacidad adaptativa básica de la personalidad.

PSICOTERAPIA DE SUPRESION:-

Su objetivo es de un lado: a) la eliminación de síntomas, sin tener en cuenta sus condiciones de aparición; b) la supresión o represión del material inconciente que amenaza irrumpir; c) el refuerzo de las defensas habituales.

Usa técnicas como:

a) La firmeza en la autoridad y órdenes.
b) La ignorancia de síntomas y quejas.
c) Los placebos.
d) La sugestión en estado de vigilia o hipnótico.
e) La persuación.

La terapeuta en este tipo de terapia es directivo, autoritario.

Está indicada cuando la fuerza del YO se ha debilitado en relación a

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

un stress situacional agudo, masivo, o cuando crónicamente es débil, inmaduro o las circunstancias exigen una rápida intervención protectora y de alivio sintomático.

PSICOTERAPIA DE APOYO:-

Su objetivo es limitado: a) ofrece apoyo durante el período de enfermedad o crisis. b) Restablece o vigoriza las defensas o capacidades integradoras temporalmente debilitadas por la enfermedad. Se encamina a una restauración del equilibrio anterior.

Utiliza técnicas que hacen sentir más seguro, confiado, aceptado, protegido, alentado, menos angustiado, deprimido o solo, sobre la base de comprensión de cada caso.

Emplea una conducción firme, cálida, amistosa, proveyendo una dependencia necesaria de mayor o menor duración de acuerdo a las necesidades individuales.

A menudo se asocia o cambia a la terapia de relación y puede utilizar cierta medida de psicoterapia expresiva, como la verbalización de emociones no expresadas, la discusión o ventilación de problemas actuales, el esclarecimiento de situaciones actuales de stress o conflictivas.

En una relación terapéutica de confianza, aceptación, respeto e interés cordial; la expresión emocional y su discusión posterior conducen a una mayor objetividad en la evaluación del problema presente, a un alivio de la angustia y de sus síntomas y por consiguiente a su solución.

La psicoterapia de apoyo está indicada en:

a) Individuos relativamente maduros con transtornos psicorreactivos o situacionales.
b) Individuos cuyas capacidades integrativas o defensivas regresionan o se desorganizan consecutivamente a largos perídos de stress de otro tipo.
c) Individuos extremadamente resistentes a la terapia expresiva o durante la misma cuando flaquean las capacidades integrativas.
d) Individuos no motivados fundamentalmente para un cambio en su adaptación.

PSICOTERAPIA EXPRESIVA:-

Sus objetivos son, además del restablecimiento de un equilibrio perturbado, la formación de nuevas y más saludables identificaciones, la producción de experiencias correctivas emocionales y, por tanto, cambio de actitudes. Supone:

a) un mayor conocimiento de los factores determinantes de la enfermedad, una nueva orientación emocional y una perspectiva más madura a esos factores determinantes (asimilación de lo "disociado" o "reprimido").

b) un aumento de la capacidad integrativa del YO o sea un incremento de las fuerzas del YO a través de las experiencias constructivas de la terapia.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

c) experiencias correctivas específicas o centrales con disolución o eliminación de situaciones transferenciales o paratáxicas.

Se tienen diversas técnicas:

1.- Una superficial, (breve, o psicoterapia de orientación dinámica) o franca discusión de problemas personales, impulsos, situaciones vitales y conflictos que son completamente conscientes para el paciente, pero que ordinariamente no discutiría con otros. Esto es una especie de confesión y ventilación de preocupaciones, "problemas familiares", dudas, etc. y un estudio de las situaciones actuales y recordadas relacionadas al aparecer, con las relaciones neuróticas o situacionales, o con los desórdenes psicosomáticos, etc. actuales.

Esta discusión de los problemas conscientes incluye, por supuesto, una buena actitud terapéutica, los elementos de una terapia de relación.

En este tipo de psicoterapia expresiva existe además un objetivo de cierto aumento o incremento de comprensión y conocimiento personal.

En este caso no se interpreta el material inconsciente; el médico se limita a la explicación de los problemas conscientes, a un enlace o relación de acontecimientos y sentimientos con las reacciones y síntomas psicológicos o psicofisiológicos.

Aún esta comprensión de lo superficial o sea de lo que está en la conciencia puede conducir a un aumento de objetividad a una disminución de angustia y a una disminución de reacciones inadaptativas.

El proceso de la verbalización puede conducir a una mejor perspectiva y objetividad, a un mejor esclarecimiento de la situación psicológica.

2.- Una profunda, prolongada, del dominio del especialista debidamente adiestrado, conocida como técnica psicoanalítica.

Su indicación primaria es cuando, con toda probabilidad, el paciente ha tenido conflictos de larga evolución que continúan en el presente en forma activa, pero no consciente, y que producen síntomas o signos o problemas del carácter suficiente para justificar un extensivo tratamiento.

a) el paciente ideal para análisis tiene un conflicto no con su ambiente (aunque pueda manifestarse así), sino dentro de la estructura de su personalidad. Este conflicto, inaccesible a la conciencia, y las tendencias frustradas que son parte del conflicto, repetidamente presionan para su descarga o expresión. El analista llega a ser el "blanco" para las tendencias no conscientes del paciente, que se exterioriza, desplaza y proyecta al médico (transferencia). Está indicado específicamente en:

Neurosis histéricas
" fóbicas
" obsesivo-compulsivas
" del carácter.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

b) El paciente debe estar suficientemente motivado y debe tener cierta tolerancia a la frustración de sus impulsos si es que responde bajo forma de un serio "acting-out" exteriorización de tendencias conflictivas o por cambios de una u otra forma de reacción patológica. Esto no excluye las psicosis y estados adictivos, que requieren una terapia más bien de apoyo y relación y manipulación ambiental.

Contraindicaciones:

a) Ausencia de un YO moderadamente razonable, colaborador, falta de suficiente flexibilidad (YO moderadamente débil).

b) Trastorno neurótico tan leve que no justifique un gasto de esfuerzo, tiempo y dinero.

c) Urgencia en resolver ciertos elementos de la neurosis (por su intensidad, etc.) a través de una técnica de apoyo.

d) Imposibilidad de cambiar ciertas situaciones de la vida sobre bases realistas, con el agravante de que un análisis exitoso puede resultar en mayores dificultades para él, por el apremio o urgencia de resolver la condición anormal.

TERAPIA DE RELACION:-

Se encamina a un cambio en las actitudes de la personalidad y a una disminución de la vulnerabilidad frente a las presiones externas.

Se basa en contactos y transacciones interpersonales, prolongados, condicionantes de ciertas experiencias terapéuticas:

a) la experiencia debe ser aceptada como valiosa o virtualmente valiosa.
b) el surgimiento de identificaciones saludables con respecto a algunas actitudes y adaptaciones del terapeuta (maduras, flexibles, realistas, etc.)
c) las experiencias emocionales correctivas basadas en que el terapeuta no responde del modo esperado por el paciente.

Consiste en una serie de entrevistas en las que se discuten los problemas de la vida corriente y pasada, las situaciones, los conflictos conscientes, con miras a su comprensión cuanto al desarrollo o adopción de una buena relación terapéutica.

En tal relación el elemento de apoyo desempeña un papel básico, a fin de proveer condiciones favorables al aprendizaje de actitudes más maduras o constructivas.

El terapeuta, más bien que tratar de decidir en lugar del paciente, debe preferir ayudar al paciente a observar hechos, decisiones y alternativas de suerte que aprenda a tomar sus propias decisiones.

La relación debe ir más allá de una actitud puramente de apoyo, debe ayudar también a reconocer límites respecto a la exteriorización de una con-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ducta inaceptable.

Fundamentalmente una terapia de relación proporciona al terapeuta una oportunidad para comportarse de un modo diferente a como se comportaron los padres del paciente u otras personas significativas, y, en cierto sentido, para neutralizar o anular los errores de ellas.. En muchos casos, el mero hecho de que el terapeuta responda con verdadera maduréz ofrece el contraste suficiente con las actitudes erróneas de los padres u otras personas significativas.

La psicoterapia de relación participa en muchas de las formas de psicoterapia expresiva, y al revés, la terapia de relación permite la expresión y asimilación de experiencias negativas disociadas.

Está indicada en muchos transtornos psicógenos:

a) Cuando se advierte resistencia a una terapia expresiva,
b) o cuando el paciente tiene un YO muy débil o poco integrado,
c) cuando es necesario iniciar una apertura al desarrollo emocional como base para mejor adaptación personal.

PRINCIPIOS DE LA PSICOTERAPIA BREVE.-

1.- Aceptación de objetivos limitados y a breve plazo.

2.- Aceptación de la intervención de factores intercurrentes saludables:
afecto placebo
relación
catarsis emocional
fuerzas espontáneas
sugestión.

3.- Papel activo del terapeuta.

4.- Aceptación del eclecticismo en el método.

5.- Superación de los prejuicios acerca de lo profundo.

Indicaciones:

1.- Cuando el objetivo es una restauración rápida de la homeostasis en un desórden neurótico agudo o situacional.

2.- Cuando el objetivo es la resolución de un trastorno agudo en un desórden crónico de la personalidad (neurosis).

3.- Cuando el objetivo es la reconstrucción limitada de la personalidad en casos inadecuados o que no pueden disponer de una terapia prolongada.

Elementos de la Psicoterapia Breve:-

1.- Establecimiento de una relación interpersonal terapéutica sobre la base de:

a) un escuhar comprensivo de la historia del paciente.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

b) una actitud empática,
c) una actitud de confianza en sus posibilidades, incluyendo, por supuesto, la solución de sus problemas actuales,
d) aseguración al paciente de que no está sin esperanzas, (actitud de esperanza),
e) estructuración de la situación terapéutica.

2.- Selección de un problema presente para consideración y discusión.

3.- Actividades de esclarecimiento y de interpretación superficial, referido sobre todo al stress situacional.

4.- Aliento prudente de la autocomprensión ateniéndose a la información consciente y a la iniciativa del paciente.

5.- Manipulación o cambios en el ambiente: cambios en el régimen de vida, modificación de actitudes de las personas que integran el ambiente, etc.

6.- Tratamiento de síntomas "claves" usando la terapia farmacológica apropiada para los síntomas ansiosos o depresivos presentes, etc.

7.- Favorecimiento de una filosofía constructiva de la vida.

8.- Término de la terapia.

La Entrevista Inicial en Psicoterapia Breve:-

Objetivos:

1.- Establecimiento de una relación con el paciente.

2.- Obtención de la información esencial para el diagnóstico y planteamiento del tratamiento.

3.- Diagnóstico tentativo: clínico
dinámico
etiológico.

4.- Proporcionar al paciente una idea amplia de la naturaleza de su problema.

5.- Explicar en términos generales lo que se hará en terapia.

6.- Arreglos para futuras entrevistas.

7.- Término de la entrevista.

DESARROLLO DE UNA FILOSOFIA CONSTRUCTIVA DE LA VIDA

Preceptos que pueden acelerar la recuperación:

1.- Vivir más en el presente, separando el pasado del presente.

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

2.- Enfrentamiento positivo de la tensión y angustia (comprensión).

3.- Tolerancia de cierto monto de hostilidad.

4.- Tolerencia de cierto monto de frustración y privación emocionales.

5.- Remidiar cualquier factor alterable o modificable del propio ambiente.

6.- Adaptarse a los elementos irremediables de la propia situación de la vida.

7.- Utilizar la voluntad para detener cualquier actividad, propia destructiva.

8.- Cesar las demandas no razonables sobre uno mismo.

9.- Desafiar una imagen "devaluada" de sí mismo, re-evaluando las propias potencialidades.

10.- Derivar la mayor alegría de la vida, cultivando el sentido de humor con respecto a si mismo.

11.- Aceptación del propio rol social (rol complementario).

TERMINO DE LA TERAPIA

Desde el punto de vista del paciente han de alcanzarse:

1.- Disminución o resolución de la tensión, angustia o depresión.

2.- Alivio o recuperación de otros síntomas perturbadores.

3.- Algún discernimiento o comprensión acerca de las fuentes de su dificultad incluyendo factores en su desarrollo, conflictos actuales, estructuras inadecuadas de la personalidad y mecanismos de defensa inapropiados.

4.- Comprensión de lo que es esencial a fin de establecer una mejor adaptación y voluntad para tratar de establecer nuevas formas de adaptación.

5.- Una mayor capacidad para tolerar la frustración, privación y situaciones difíciles de la vida.

6.- Un mejor dominio de algunos aspectos del ambiente y un encaramiento a las demandas que debe aceptar.

7.- Comprensión de una perspectiva de la vida algo diferente a la habitual.

8.- Comprensión de cómo emplear la autoobservación.

9.- Habilidad para concluir el tratamiento.

Puede dificultarse el logro de todos estos objetivos debido a falta de modificación y a una fuerza del YO disminuído.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

a) Descontinúan el tratamiento los no-motivados una vez obtenido un alivio sintomático.

b) Aquellos con débiles estructuras del YO no son capaces de emprender un trabajo reconstructivo y se desorganizan cuando la relación terapéutica muy intensa o cuando se analizan las resistencias. En estos pacientes con un YO débil (psicóticos, personas inmaduras, neuróticos graves, etc.) no se debe ejercer presiones para hallar conflictos o intentar una comprensión de los procesos subconscientes; precisan más bien una terapia de apoyo.

Cuando la relación es buena el paciente fácilmente aceptará interpretaciones aún de contenido no consciente, pero es prudente no intentarlo sin base adecuada y sólo siguiendolo que fluye del preconsciente.

Si el paciente se torna, en forma creciente, más ansioso y aparecen síntomas desintegrativos debe detenerse todo trabajo en profundidad y es mejor emplear técnicas supresivas y de apoyo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LAS ESQUIZOFRENIAS

Dr.Humberto Rotondo

DEFINICION Y CLASIFICACION:

Originalmente se delimitó como una enfermedad mental en la que ocurrían severos e irreversibles cambios de la personalidad.

El término "demencia precóz" lo usó en primer término Moral (1860) para describir una severa deterioración intelectual en un adolescente.

En 1871 Hecker empleó el término hebefrenia para describir una enfermedad que ocurría en la pubertad y que era seguida de una rápida y severa desorganización de la personalidad y un deterioro "bobo".

KAHLBAUM (1874) describió otra forma de enfermedad mental en que el paciente permanecía mudo e inmóvil, o sea en estado de estupor, en ausencia de enfermedad conocida del sistema nervioso central, la que denominó "catatonía".

Fué KRAEPELIN (1893) quién reunió los sindromes de hebefrenia, catatonía y también muchas psicosis paranoides, llamando a este grupo de trastornos: Procesos de degeneración psicológica.

1899 empleó el término de demencia precóz para designar este grupo de enfermedades porque encontró que el deterioro intelectual era una característica común de este grupo de transtornos y porque ocurría en personas jóvenes. Sin embargo, admitió más tarde, que algunos pacientes se recuperaban de la "demencia precóz" y que podía presentarse también en personas de edad media, e incluyó una cuarta categoría de demencia precóz "simple".

1913 definió así a la demencia precóz: "consiste en una serie de estados clínicos que tienen como característica común una destrucción peculiar de las conexiones internas de la personalidad psíquica con el daño más pronunciado de la volición y de la vida emocional".

Sin embargo para Krapelin el denominador común de estos sindromes era el temprano inicio de un proceso permanente de demenciación.

En 1911 Eugen Bleuer señaló que ninguno de estos rasgos era una característica necesaria e introdujo el término de esquizofrenia para alejarse de la confusión al emplear el término de demencia precóz.

Definió la esquizofrenia sobre la base de la sintomatología, de la manera siguiente: con el término de "demencia precóz" o "esquizofrenia" designamos a un grupo de psicosis cuyo curso a veces es crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que pueden detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa restitución ad-integrum. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, de los sentimientos y de la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular.

Disociación.- En todos los casos nos vemos frente a una disociación más o me

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nos nítida de las funciones psíquicas..... Si la enfermedad es pronunciada la personalidad pierde su unidad.... la integración de los diferentes "complejos"e "impulsos" es insuficiente e inclusive falta por completo... A menudo, las ideas son elaboradas sólo parcialmente y se pone en relación de una manera ilógica a fragmentos de ideas para constituir una nueva idea. Los conceptos dejan de ser completos, esenciales; en realidad, en algunos casos, sólo están representados por unas pocas nociones truncadas. De este modo, el proceso de asociación opera con meros fragmentos de ideas y conceptos. Esto tiene por resultado asociaciones que individuos normales consideran incorrectas, extrañas y totalmente imprevisibles.

"Con frecuencia el proceso del pensar se detiene en medio de un pensamiento; o en el intento de pasar a otra idea, cesa súbitamente por completo "interceptación".

En lugar de continuar el pensamiento, afloran nuevas ideas que ni el paciente, ni el observador pueden relacionar de ningún modo con la corriente anterior del pensamiento.

"No se puede demostrar trastornos primarios de la percepción, la orientación o la memoria. En los casos más graves, parecen faltar completamente las expresiones emocionales y afectivas. En los casos más leves, podemos anotar solamente que el grado de intensidad de las reacciones emocionales no guardan proporción con los diversos acontecimientos que han provocado esas reacciones... La afectividad también puede manifestarse, como cualitativamente anormal, esto es, como inadecuada respecto a los procesos intelectuales involucrados.

Además... están presentes muchos otros síntomas: alucinaciones, delusiones, confusión, estupor, manía y fluctuaciones afectivas melancólicas y síntomas catatónicos (síntomas accesorios o secundarios). Hay esquizofrénicos en quienes los síntomas accesorios son menos evidentes o faltan por completo.

Sindromes de ruina de la configuración o esquizofrenico.- Lo esencial del sindromes esquizofrénico es un estado de quiebra y desorganización de la vida psíquica (sindrome de ruina de la configuración) en pleno estado de lucidéz y claridad de conciencia.

Esta condición puede presentarse también en los llamados sindromes cerebrales agudos, acompañándose entonces de un mayor o menor compromiso de la conciencia.

La vida psíquica, en este sindrome de ruina de la configuración, pierde su calidad de totalidad coherente y ordenada de acuerdo a objetivos o fines reguladores del comportamiento; desaparecen en mayor o en menor grado su constancia y continuidad. Los actos fracasan o fallan en cuanto a su finalidad, se quiebran o interrumpen antes de alcanzarle (fracaso de las tendencias determinantes). Esto ocurre en las diferentes áreas del comportamiento personal: intelectual, afectivo, conativo, al lado de sectores que se mantienen normales y conservados. La vida psíquica esquizofrénica es "disgregada", "disociada" o como sostenía Stransky, la caracteriza una suerte de "ataxia" intrapsíquica. El pensamiento resulta impreciso, vago, extraño, disgregado; a veces se interrumpe su curso y emergen ideas que nada tienen que ver

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

con las que le preceden, o que tan sólo guardan con ellas una relación distante o de escasa significación.

La afectividad también pierde su "intencionalidad", su conexión a las situaciones y la íntima y ordenada relación a otras actividades psíquicas. Se produce una verdadera disociación afectiva.

Los desórdenes esquizofrénicos son, así, desde un punto de vista patogénico, expresión de una ruina de la configuración que entraña una quiebra de todos los sistemas psíquicos de regulación interior y de adaptación; de ahí la emergencia de tendencia o impulsos descontrolados, la falta de mesura, la rigidéz, los cambios abruptos e insólitos de la afectividad.

DEFINICION:

Con criterio exclusivamente psicopatológico se pueden definir los trastornos esquizofrénicos sin tener en cuenta sus muy diversos cursos y sin hipotecarnos a una etiología definida para todos los casos, pues al respecto poco es lo que, con certeza y validéz, puede sostenerse.

Así, definimos los desórdenes esquizofrénicos como un sindrome de ruina de la configuración sin compromiso de la conciencia, definición afín a los conceptos de disjunción psíquica de E. Bleuler y de ataxia intrapsíquica de Stransky.

FRECUENCIA Y DISTRIBUCION:

Pacientes con el tipo de trastornos que denominamos esquizofrenia se hallan en todas las partes del mundo.

Si se estudia su prevalencia se calcula que este transtorno lo padece el 1.1% de la población, aunque esta cifra podría incrementarse si se incluyen casos fronterizos y aquellos con síntomas depresivos.

C U A D R O I

SUMARIO DE ESTUDIOS DE PREVALENCIA TASAS%

LUGAR	AUTOR	AÑO	POBLACION	Esquizofrenia PREVALENCIA %
TURINGEA	Brugger	1929	37,561	0.21
BAVARIA	Stromgen	1931	8,628	0.25
BORNHOLM	Stromgen	1935	45,390	0.35
SUECIA (rural)	Essen-Meller	1947	2,250	0.7
FINMARK (Noruega)	Bremer	1944	1,325	0.45
BALTIMORE (USA)	Lemkan	1936	55,139	0.29
NEW HAVEN	Hollingshead	1950	238,831	0.36
FORMOSA	Lin	1946-48	19,931	0.31
ESCOCIA	Mayer-Grossl	1948	56,000	0.42
LIMA (Mendocita)	Rotondo i cols.	1958	4,914	0.8

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Entre nosotros, como en otros países, más de la mitad de los pacientes en hospitales psiquiátricos, en cualquier día sufren de un trastorno esquizofrénico.

En todos los estudios epidemiológicos en que se ha tratado de establecer una relación entre estado socio-económico y enfermedad mental, se ha hallado una mayor frecuencia de esquizofrenia en los grupos socio-económicos más bajos. El por qué de este fenómeno no se ha establecido en forma concluyente. Podría tratarse de que el paciente esquizofrénico por razones de las limitaciones que acompañan a su enfermedad, descendieron socialmente. Sin embargo, se comprueba que el descenso ocurre dentro del mismo grupo socio-económico.

Podría ser que las circunstancias socio-económicas de las personas pertenecientes a este gurpo socio-económico inferiores, precipitaran la aparición de este transtorno. Téngase en cuenta a este respecto, que para todos los grupos de edad, la prevalencia y mortalidad entre los pobres es mayor para las enfermedades infecciosas y epidémicas.

Si analizamos un estudio sobre factores precipitantes de los trastornos esquizofrénicos, efectuado en un país escandinavo de alto nivel de bienestar y de salud, vemos que en un 1/5 de casos estudiados, operan factores de stress físico y social desencadenando el trastorno (Astrup).

Las mejores estimaciones disponibles sugieren de que la espectativa de que se presente el trastorno esquizofrénico, en el período de riesgo desde los 15 a los 45 años, es de 1% en la población general. Cifras más elevadas, 3% se han registrado en poblaciones aísladas.

CUADRO II

Riesgo de Esquizofrenia en la Población General y en los Hermanos de los Esquizofrénicos

Población general		Herman. adoptiv	Herma - nastros	Hermanos	Gemelos dizgt.	Gemel. monozig.
1946 Kallman, USA		1.8	7.6	14.3	14.7	85.8
1953 Book (pob.ais)	3.0	---	---	9.1	----	----
1962 Garrone (Suiza)	1.7	---	---	14.7	----	----

Como se puede ver, el riesgo de que se presente un transtorno esquizofrénico, aumenta a medida que aumenta la consanguinidad y se evidencia un factor común genético (gemelos monozig.)

HISTORIA FAMILIAR:

La frecuencia de esquizofrenia en hermanos y hermanas de esquizofrénicos es de alrededor del 15% pero sólo una pequeña fracción de éllos serán hospitalizados al mismo tiempo del paciente.

La frecuencia de esquizofrenia en los progenitores de los esquizofré-

Biblioteca Enrique Encina - Hospital Víctor Larco Herrera

nicos oscila entre el 5% y el 10%. Hay una tendencia para ambos progenitores, en el sentido de una mayor edad que la mayoría de progenitores de la comunidad.

Parece haber una tendencia a la frecuencia aumentada de pérdida de progenitores por muerte o desaparición durante la temprana niñéz (particularmente de la madre).

Una alta prevalencia de hogares deshechos no es, sin embargo, nada característicamente específico de los trastornos esquizofrénicos, pues se hallan en todas las categorías de transtornos psiquiátricos.

CUADRO III

Frecuencia de Hogares deshechos en pacientes con diversas formas de desórdenes psiquiátricos

			Población	Antes de 6 años	16 años
GLUECK Y GLUECK	USA	Delincuencia juvenil	996	19%	44%
POWDERMARKER Y col.	USA	Niñas delincuentes	81		40%
AHNSJO	Suecia	Niñas delct.	1,163		60%
OTTERSTRON	Suecia	Jóvenes delincuentes	1,315		42%
MENUT	Francia	Niños desórdenes de la conducta	893		66%
POLLOCK Y col.	USA	Esquizofrén.	175		38%
LIDZ	USA	"	50		40%
ALANEN	Finlandia	"	152		38.5%

Este antecedente de hogar desorganizado representa un stress emocional y social en una época crítica del desarrollo personal, y que, sin duda alguna, deja vulnerabilidades, o sea una menor resistencia para enfrentarse a ulteriores privaciones y confictos o stresses.

Al examinar las relaciones intra familiares y las circunstancias de la niñéz de los esquizofrénicos, se descubre que esos seres humanos se han desarrollado en circunstancias "stressantes", difíciles, creadoras de inseguridad. No se ha encontrado nada específico en la esquizofrenia en cuanto al modo del trastorno de las relaciones intra familiares.

De otra parte, entre los padres, a menudo se hallan figuras pasivas o inefectivas.

Sea cual fuere la hipótesis etiológica preferida, la única característica familiar que puede incrementar el riesgo de una persona hacia la esquizofrenia, es la presencia de un progenitor o hermano esquizofrénico.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

HISTORIA PERSONAL:

La información anamnésica, obtenida retrospectivamente, no ha arrojado ningún patrón o forma consistente de desarrollo ante-natal o del período inicial post-natal.

Desarrollo psicomotor:

Algunas madres refieren, después del comienzo de la esquizofrenia en sus niños, que éstos eran anormalmente activos o inactivos durante los últimos meses del embarazo. Hay evidencia de maduración neurológica acelerada en unos aspectos y retardada en otros, o sea un desarrollo anormalmente irregular (Lauretta, Bender, Bárbara Fish, Kanner).

En la esquizofrenia que se inicia en la niñéz hay un grupo con cierto retardo en el aprendizaje, p. e. aprender a sentarse, caminar o hablar, lo lleva a confundirlos con deficientes mentales.

Comportamiento durante la niñéz:

Un grupo se caracteriza por un comportamiento agresivo, delincuente, destructivo. Con cierta frecuencia se informa, que el niño ha sido bueno, conformista, que "se ha portado bien", "que no causaba molestias".

Escolaridad:

La esquizofrenia puede presentarse en individuos de muy diversos niveles de inteligencia. El inicio del transtorno suele asociarse a una disminución del rendimiento escolar en relación a dificultades para concentrarse, retener y en general de aprender.

Sea lo que fuere, los aspectos intelectuales de la vida escolar preveen, con más frecuencia, al pre-esquizofrénico de oportunidades de satisfacción y prestigio; lo que ocurre así, con los aspectos sociales de la vida escolar.

Ocupación:

Hay, por supuesto, un alto grado de correlación entre el monto de educación y la ocupación subsiguiente, la residencia y el status económico, pero en muchos casos el status social y ocupación del esquizofrénico es más bajo de lo que podría esperarse sobre la base de su educación. A menudo se hallán en este grupo una considerable inestabilidad residencial o nomadismo, particularmente dentro del mismo país.

Religión:

Se señala una mayor suceptibilidad en los integrantes de sectas religiosas minoritarias, aunque esto podría hallar su explicación en la atracción que estas sectas, no conformistas, ejercen sobre los pre-esquizofrénicos. El esquizofrénico a menudo sufre un cambio radical en sus prácticas y creencias religiosas, sea alejándose o acercándose a la religión (p.e. conversiones.

Biblioteca Enrique Enciñas | Hospital Víctor Larco Herrera

súbitas, contínua preocupación por temas religiosos).

HISTORIA POLICIAL:

Generalmente hay una historia de conformidad ante las presiones sociales y las costumbres. Sin embargo en ciertos esquizofrénicos hay una historia de bribonería y conducta antisocial. El paciente empero, es más conocido por la policía debido a su comportamiento peculiar que por una conducta antisocial.

VIDA SEXUAL:

Para muchos esquizofrénicos la única experiencia sexual consiste en actividades autoeróticas, que se acompañan de considerable culpa.

Algunos esquizofrénicos tienen una historia de promiscuidad heterosexual, otros de homosexualidad manifiesta.

Menor número de varones pre-esquizofrénicos o esquizofrénicos se casan o unen maritalmente, comparativamente a un número mayor de mujeres esquizofrénicas o pre-esquizofrénicas que sí lo hacen.

Las tasas de enfermedad esquizofrénica, entre varones de 20 a 30 años es 3 veces mayor en solteros que en casados.

Por otra parte las tasas de enfermedad esquizofrénica en mujeres de 20 a 50 años, es sólo 1.½ veces mayor en solteras comparativamente a casadas.

Como ustedes saben, es frecuente el apareamiento selectivo en la sociedad humana (p.e. entre los de un mismo grupo étnico, religioso, o social).

Esto se dá entre esquizofrénicos. Hay una cierta tendencia hacia el apareamiento selectivo. Así se ha estimado que la tasa de esquizofrenia es dos veces mayor en las esposas de esquizofrénicos que en la población en general.

Existe una considerable proporción de esquizofrénicos que se casan o unen maritalmente con personas de limitada inteligencia, psiconeurosis, personalidad sociopática o alcoholismo.

La personalidad del paciente y probablemente la de la esposa contribuye a la alta frecuencia de discordia marital, separación o abandono del hogar.

MORBILIDAD GENERAL Y MORTALIDAD:

En cuanto a la salud física se ha comprobado una mayor incidencia de enfermedades físicas entre los entecedentes de esquizofrénicos que en grupos de neuróticos, psicóticos o normales. (Lovett Dout). Esto representa un factor de stress biológico, a tenerse en cuenta, como condición predisponente y precipitante del trastorno esquizofrénico.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PERSONALIDAD PRE-PSICOTICA:

1.- En un 30% la personalidad previs es normal.
2.- Un 50% de los esquizofrénicos muestran, antes de la enfermedad los rasgos de la personalidad esquizoide, caracterizada por: tendencia al aislamiento, a la ensoñación, a la hipersensibilidad, a la inhibición, pero con descargas impulsivas inadecuadas.
3.- Otros presentan transtornos del caracter, rasgos neuróticos, agresividad impulsiva; no es frecuente un cuadro pseudo-neurótico, y a veces una pseudo-psicopática o de transtorno del comportamiento (conducta antisocial).

CUADRO IV

Personalidad Pre-Mórbida (Esquizofrénicos No.500) Según Arnold

1.-	Personalidad pre-mórbida normal	32.2%
2.-	" " " no determinada	26.2%
3.-	" " " esquizoide	26.2%
4.-	" " " no esquizoide	15.4%

LA ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD:

El Inicio:

a) Puede haber sido lento, gradual, insidioso, manifestándose como una exageración gradual de las características de la personalidad previa (esto es frecuente en las formas simples y hebefrénica).

b) Otras veces el inicio del comportamiento y de la conversación anormal puede haber sido abrupto, súbito (como es frecuente en las formas catatónicas y paranoides). El inicio súbito puede seguir a factores precipitantes:
- biológicos
- emocionales agudos
- emocionales crónicos
- o en ausencia de un inmediato o aparente "stress".

CUADRO V

Stress Precipitante (Holmboe y Astrup) - Esquizofr.No.255

Conflictos psicológicos prolongados	149	54%
Enfermedad física (incluyendo parto)	37	14
Aislamiento y miseria social	22	8.6
Intoxicaciones (principalmente alcohólica)	19	7.4
Stress psíquico agudo	19	7.4
Factores no específicos	51	20

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Curso:

En muchos casos no es posible señalar con suficiente exactitud el comienzo de la enfermedad debido a la forma in idiosa de su aparición. En más de 50% de los casos puede admitirse que el comienzo tiene lugar antes de los 25 años y en un 75% antes de los 40 años.

Afecciones que comienzan más tarde tienen un creciente matíz paranoide.

Más tarde aún, comienzan aquellos casos en los cuales la personalidad está considerablemente conservada, las llamadas parafrenias.

El comienzo más temprano suele darse en las formas hebefrénicas y en las catatónicas.

Las esquizofrénicas fueron agrupadas por Kraepelin bajo el nombre de demencia precoz, designación que entraña la idea de la aparición precoz y de un curso que desemboca en la demencia. En efecto, es cierto que el trastorno puede empezar precozmente y no lo es menos que en la inmensa mayoría de los casos conduce a modificaciones permanentes de la personalidad y con frecuencia a una "demencia esquizofrénica", pero no parece una demencia comparable a la que se observa en las psicosis orgánicas, puesto que las funciones psíquicas fundamentalmente se hallan conservadas de un modo sorprendente, y pueden reaparecer, a veces, inesperadamente. El déficit observable exhibe por el contrario, cierta variabilidad: los rasgos característicos de la esquizofrenia, el singular trastorno del pensamiento y la transformación y vacío de la afectividad son variables en un mismo sujeto, de un día a otro. Pero el grado que pude alcanzar puede ser muy diverso.

a) Las formas más graves conducen a una desintegración total del pensamiento y a un profundo embotamiento afectivo.

b) En casos más numerosos la modificación es menor profunda de tal modo que en el mismo "estado final" siguen siendo posibles rendimientos excelentes, aún cuando coexisten con la aparición ocasional de sorprendentes reacciones anormales de carácter esquizofrénico, sobre todos en aquellos casos sometidos a intervenciones rehabilitatorias prolongadas.

En modo alguno conducen todas las psicosis de carácter esquizofrénico a déficit graves, es más, un porcentaje apreciable, cerca del 20%, después de transcurrir la fase aguda del trastorno no presentan modificaciones indudables de la personalidad.

Esta terminación se presenta especialmente después de un brote único catatónico agudo. Unicamente en una pequeña parte de los casos sigue la enfermedad un curso contínuo, únicamente interrumpido sólo por oscilaciones hacia el estado final que se alcanza en pocos años. La mayoría de las veces la transformación surge siguiendo un curso en el que los brotes alternan con remisiones más o menos acentuadas. Son especialmente las formas catatónicas las que con mucha frecuencia presentan estos brotes claramente diferenciados con remisiones, que en los comienzos pueden ser muy considerables y persistentes. En algunos casos ni el segundo ni el tercer brote dan lugar a un cambio

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

manifiesto que sólo en las ulteriores remisiones se hace progresivamente perceptibles.

La duración de las remisiones tardías es cada vez más corta; las que siguen a los primeros brotes pueden persistir 10 y más años.

Los casos más desfavorables son los hebefrénicos, que si bien pueden experimentar ligeras remisiones, casi nunca se aproximan a la curación. También muchas catatónias evolucionan catastróficamente en un único brote hacia una transformación profunda.

En cambio las formas paranoides propiamente dichas, casi nunca conducen a modificaciones muy profundas de la personalidad.

CUADRO VI

Evolución de las Esquizofrenias (según E. Bleuler)

No. 439

1.- Psicosis de inicio agudo que llevan progresivamente a la demencia: 5%
2.- Psicosis de evolución progresiva que llevan a la demencia: 10-20%
3.- Psicosis de incio agudo que conducen a un déficit simple: 5%
4.- Psicosis de evolución progresiva que conducen a un déficit simple: 5-20%
5.- Psicosis de evolución única evolucionando hacia la demencia: 5%

EL COMIENZO: (La esquizofrenia incipiente)

El comienzo de la esquizofrenia es por lo común insidioso aunque los parientes de los pacientes insisten generalmente en que empezó de una manera aguda.

Con mucha frecuencia la diferenciación de las características esquizofrénicas de las que podríamos llamar "peculiaridades" tropieza insuperables dificultades. Sin embargo, hay tempranas anomalías del carácter que pueden demostrarse en más de la mitad de los individuos que luego se hacen esquizofrénicos: la tendencia al aislamiento, grados moderados o severos de irritabilidad.... Es verdad que muchas esquizofrenias pueden remontarse hasta los primeros años de vida del paciente

Parece probable que estas anomalías del carácter constituyen los primeros síntomas de la enfermedad y no son meramente, expresiones de una predisposición a ellas.

Cuando hablamos de los síntomas iniciales de la esquizofrenia debemos limitarnos a los primeros síntomas de los que se tiene noticia.

En cuanto sabemos, cualquier síntoma puede iniciar la enfermedad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La inconstancia y la irritabilidad a menudo preceden en muchos años a los síntomas más definidos e importantes. Así mismo, tales manifestaciones pueden ser totalmente transitorias, por ejemplo, aparecer y desaparecer juntamente con los períodos menstruales. Aparte de las anormalidades del carácter, los síntomas histéricos y neurasténicos son los más comunes precursores de una abierta afección mental. Con frecuencia, ideas obsesivas y compulsiones preceden a todas las otras manifestaciones.

Los síntomas afectivos fundamentalmente dominan a menudo el cuadro clínico en un comienzo, luego los pacientes se vuelven crecientemente indiferentes y apáticos.

Los síntomas más conspicuos son las manifestaciones catatónicas, mientras que los síntomas paranoides pueden quedar ocultos durante años hasta que accidentalmente se ponen de manifiesto.

Cuando las quejas o transtornos físicos constituyen los primeros síntomas, sólo se les puede vincular con la enfermedad después de que la psicosis se ha declarado. Es sobre todo por la organización progresiva de los transtornos, por su evolución, que se reconocerá el proceso esquizofrénico en las vías de formación.

Se pueden distinguir varios grupos entre las formas de comienzo de la enfermedad:

- El tipo hebefrénico: es más activo, su porte y comportamiento son frecuentemente extraños, extravagantes. Pueden haber muecas, manerismos, gestos extraños, risas bobas o rápidas acciones impulsivas, todo sin relación a estímulos exteriores.

- En el estupor catatónico: hay marcado retraimiento e inactividad, que puede llegar hasta la inmovilidad completa, asociada a posturas o mantenimiento de actitudes rígidas o flexibles (flexibilidad cérea).

Pueden haber movimientos estereotipados. Comunmente hay negativismo, que puede incluir rechazo de alimentos, y también comportamiento impulsivo en respuesta a estímulos internos o externos, o sin aparente motivo, imprevisible.

Aunque no responden a los estímulos externos, los pacientes tienen una clara conciencia de lo que sucede a su alrededor.

Puede haber un cambio del estupor catatónico a un estado de agitación psicomotora. En esta fase hay hiperactividad psicomotora extrema que puede acompañarse de agresividad hacia los demás o de intentos impulsivos autoapresores. En esta fase los pacientes permanecen negativistas y generalmente rechazan alimentos y líquidos. Su comportamiento es comunmente muy extraño y regresionado, pudiendo presentarse destrucción de ropa, etc.

El tipo paranoide, manifiestamente es el menos perturbado en su comportamiento y porte. Debido a sus ideas de persecución, a menudo se les observa serios, suspicaces y pueden tener una expresión hostil. Si entran en conversación pueden ser reticentes, evasivos, habladores, argumentadores o agresivos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Con el deterioro progresivo de la personalidad, sin embargo, a menudo llegan a ser quietos, retraídos y apáticos, descuidados en su presentación y regresivos en su comportamiento (urraquismo, colleccionismo).

Otros tipos de esquizofrenia muestran combinaciones de las formas precedentes o asociaciones de síntomas afectivos, neuróticos o sociopáticos.

1.- Formas progresivas o incidiosas.

a) Las formas progresivas o insidiosas que conducen lentamente al enfermo desde un estadío de pre-esquizofrenia (esquizoides) hasta la esquizofrenia.- Se manifiesta como una acentuación progresiva del carácter esquizoide, (debilitamiento de la actividad), modificación de la afectividad en el sentido de la indiferencia, actos, ideas y sentimientos paradógicos, hostilidad hacia la familia, oposición a todo y a todos.

b) Formas progresivas e insidiosas de apariencia neurótica:
- Conversivas y disociativas.
- Obsesivas.
- Angustiosas.

Rápidamente se les entremezclan síntomas: discordantes, autistas, de influencia, delusivos paranoides e hipocondríacos extraños, pasando luego a ser dominantes o exclusivos.

c) Al lado de un comportamiento de oposición a la familia y a la sociedad aparecen los trastornos del pensamiento esquizofrénico, fases depresivas y de exicitación con sintomatología delusiva, y una evolución generalmente maligna hacia la disgregación y desorganización personal.

d) Formas progresivas e insidiosas con sintomatología delusivas primarias (sin razón ni motivo), síntomas de influencia, alucinatorios auditivos.

A veces la alucinación delusiva es menos lenta y más estrepitosa o ruidosa, más aguda.

2.- Comienzo por estados psicóticos agudos (abruptos, intensos)

a) Crisis delusivas y alucinatorias agudas. Síntomas de influencia, eco y robo del pensamiento.

b) Estados de exicitación maníaca: con caracteres atípicos (discordancia, síntomas catatónicos, trastornos del pensamiento esquizofrénico).

c) Estados depresivos: son síntomas discordantes; de influencia, robo y eco del pensamiento.

d) Estados confusionales o estados crepusculares oniroides.

e) Estados catatónicos agudos.

3.- Formas de Comienzo Clínicas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

4.- Formas menosintomáticas u oligosintomáticas: comportamientos impulsivos, agresivos, fugaz, bruscos desenfrenos sexuales.

EXAMEN MENTAL

1.- Apariencia y comportamiento.
El porte y comportamiento de los pacientes esquizofrénicos puede variar grandemente de acuerdo al tipo, fase o estado del trastorno.

En casos incipientes o bien integrados puede haber muy pequeñas desviaciones en porte y comportamiento, pero los casos más floridos se describen como incongruentes, peculiares, extraños, poco comunes y distantes.

Pueden ser quietos, retraídos, aislados y poco comunicativos, o inquietos, argumentadores, agresivos y aún violentos.

El tipo simple de la esquizofrenia se describe como: descuidado, indiferente, sin iniciativa, tímido, retarído, quieto, preocupado y socialmente aislado.

Los trastornos de la orientación.-

a) Unos son del tipo delucional (desorientación delusiva).

b) Otros se hallan en relación a pérdida de interés, apatía o indiferencia (desorientación apática).

LA ATENCION, ESTADO DE CONCIENCIA Y ORIENTACION.

Concentración.- En los estados esquizofrénicos se encuentran:

a) El fracaso en mantener la atención, debido a la distraibilidad. Esta distraibilidad se halla comunmente en las formas hebefrénicas y resultaría de una deficiencia en la capacidad de atender en forma selectiva. El esquizofrénico esta casi a merced de los estímulos que le llevan.

b) El fracaso en la función de atender se manifiesta también el fenómeno de inatención. Esta deficiencia puede ser vista tanto en formas iniciales como tardías. En hebefrénicos crónicos se hace a menudo imposible que respondan a un estímulo; parece entonces como si el estímulo no hubiera producido un impacto, el paciente permanece silencioso o continúa con sus declaraciones.

Otras veces la deficiencia en el proceso de atención parece deberse a preocupación con las propias ideas y se manifiesta objetivamente por un elevado umbral de atención.

Conciencia.- El enturbamiento de la conciencia no es típico de la esquizofrenia, se encuentra más bien en las formas benignas denominadas esquizofréniformes por los psiquiatras escandinavos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LOS ASPECTOS FORMALES DEL LENGUAJE

La conversación.- Puede resultar imposible, así está ausente en el estupor catatónico y en estado de mutismo. En los estados de excitación psicomotora el paciente puede hablar contínuamente.

Algunos pacientes sólo conversan como respuesta a estímulos interiores, pero no responden a las preguntas que se les hace. Hay otros que únicamente hablan cuando se les hace preguntas.

Muchas veces sólo se obtienen respuestas lacónicas tales como "no sé" "quizá" o repeticiones monótonas de pedidos; esto a parte de ser una forma de oposición o evasiva, no es otra cosa que un signo de variedad y vaguedad de ideas.

A veces las respuestas se hacen en voz baja sin tener en cuenta al interlocutor, o lo que manifiestan no guarda relación a la pregunta del otro.

Los trastornos del lenguaje en los esquizofrénicos pueden ser contínuos o intermitentes o paroxistico. Se hallan los siguientes transtornos:

a) incapacidad de usar la palabra correcta en el momento apropiado.

b) Una incapacidad de eliminar aproximada o totalmente palabras no pertinentes, ajenas, que no vienen al caso, en la conversación (sobre inclusión), esto puede asociarse a dificultades para formar frases.

c) Una quiebra del proceso normal automático por medio del cual el individuo critica y edita su propio lenguaje a fin de hacerlo inteligible a los demás, en una palabra fracaso de la intensión comunicativa.

d) Incapacidad para presentar en secuencia lógica las diferentes partes de la producción verbal (asintaxis).

Para comprender los trastornos esquizofrénicos del elnguaje precisa recordar las grandes características del desarrollo del lenguaje. Este proceso atravieza por diferentes etapas:

1ro. En la infancia: balbuceo, luego ecolalia y declaraciones o expresiones verbales.

2do. Gradualmente las palabras se asocian a objetos del resto del ambiente.

3ro. Comienza con objetos concretos y personas, pero a medida que procede el desarrollo se hace cada vez más abstracto y se refiere a calidades, acciones y relaciones y por último a ideas altamente abstractas.

4to. A medida que se desarrolla el lenguaje, las palabras se usan en combinación, les unen lazos sintácticos.

Es posible hacer comparaciones entra la fluctuación, en la función

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

del lenguaje del esquizofrénico y esas reducciones en el desarrollo del lenguaje. El lenguaje del esquizofrénico transitoriamente, puede corresponder a cualquiera de esas etapas.

Primero. Así el lenguaje del esquizofrénico puede por momentos, ser abstracto y relativamente normal, y en otros quedarse a un nivel concreto, entender literalmente lo que es, lo que escucha, y ser incapaz de separar la palabra del objeto o de la acción, proporcionando así respuestas concretas. Segundo. Con una disolución progresiva de un estado mental, es posible esperar estadíos de una disolución o ruptura de los arreglos sintácticos y del orden temporal, pasando luego, tercero, a una fase de ecolalia y balbuceo.

Esto ocurre, en las etapas iniciales, durante breves períodos de tiempo; por ejm., el pensamiento y el lenguaje pueden ser abstractos y concretos sucesivamente por cortos períodos, esto sucede también para la "sobreinclusión". Así, por momentos la conciencia del paciente está inundada de palabras que no vienen al caso, pero en otros momentos puede ocurrir, exactamente lo opuesto y el paciente experimenta un vacío en su pensamiento, incapaz de decir algo.

Neologismos, o sea nueva formación de palabras son muy comunes en los lenguajes de los esquizofrénicos. A veces un neologismo es una palabra aceptada que se usa de una manera poco común (parafasia literal), otras son combinaciones desusadas o términos aproximados fonéticamente (distorsiones de sonido, etc.)

Bloqueo: ocurre cuando se detiene el flujo o corriente del pensamiento y comienza otro no conectado con el anterior. Es muy posible que esto sea precipitado por un exceso de estímulos exteriores. En este caso el relato o la conversación separa bruscamente durante algunos segundos, el pensamiento se eclipsa; en las etapas iniciales el sujeto se angustia, no se mueve, habla o responde al estímulo verbal, luego de haber cesado el bloqueo no recuerda bien lo que había estado diciendo, pero a diferencia de la "ausencia" no hay pérdida del "conocimiento" o de la conciencia.

En las formas avanzadas de esquizofrenia aparecen fenómenos ecolálicos y perseverativos, o sea una tendencia a repetir automáticamente palabras o frases escuchadas y tembién una disposición a reiterar o repetir palabras o frases.

ESTADO AFECTIVO

Kraepelin describió el trastorno esquizofrénico como una "demencia afectiva", con lo que destacaba el profundo transtorno de la vida característica, en mayor o menor grado, en todas las etapas del desórden.

Estos desórdenes se hacen claramente presentes cuando la enfermedad ha transcurrido un tiempo.

Los estados de ánimo más comunes son: a) el estado de un tipo hipomaníaco, b) el depresivo, c) el angustiado, d) el perplejo.

Inversión de los afectos.- Una de las indicaciones más tempranas del desórden

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

en que el paciente pierde sus sentimientos más finos hacia los seres más próximos y queridos, llegando a ser crudo, brutal o inafectivo hacia la familia.

Ocacionalmente hay estallido de rabia cortos y casi sin causa aparente. Desórdenes característicos son:

a) La apatía o indiferencia
b) La incongruencia
c) La rigidez de los afectos
d) Ambivalencia afectiva.

En la etapa crónica hay generalmente un apagamiento de los afectos que puede llegar a un estado de indiferencia.

PENSAMIENTO (desórdenes del contenido del pensamiento: delusiones)

Las delusiones son de manifestación frecuente en la esquizofrenia. Son características sin embargo, las delusiones primarias o sea aquellas creencias equivocadas o inmodificables no comprensibles en función del estado de ánimo o de las experiencias del sujeto. Se presentan delusiones de autorreferencia, persecutorias, de misión especial, de influencia, etc. Las delusiones son síntomas destacados en las formas paranoides de la esquizofrenia, y pueden darse con diversos grados de sistematización; son poco estructuradas, cambiantes en las formas hebefrénicas, mejor organizadas o sistematizadas en las paranoides, acompañándose en este último caso de apenas un ligero defecto o deterioro de la personalidad.

PERCEPCION

Son síntomas comunes en la esquizofrenia las alucinaciones auditivas bajo forma de "voces" que se refieren al sujeto. Varían en contenido, claridad, duración, momento de aparición y en cuanto a efectos sobre la conducta del paciente. Con suma frecuencia tienen un contenido injurioso y se refieren despectiva y críticamente a las actividades en curso. Las "voces" que repiten los pensamientos o fenómenos del eco del pensamiento son patognomómicas de esquizofrenia. Las alucinaciones visuales son infrecuentes. Más frecuentes son las alucinaciones somáticas o corporales, bajo forma de sansaciones dolorosas, de calor, de corriente eléctrica,etc. inducidas. Las alucinaciones olfatorias no son raras, así, los pacientes se quejan de malos olores, provenientes ya del exterior o también del propio cuerpo. Su modalidad de ocurrencia no es bajo forma de "accesos" o de "crisis" a diferencia de como se presentan en las "crisis uncinadas" de la epilepsia temporal y de otra parte, se acompañan de diversas interpretaciones delusivas.

MEMORIA

No se advierten trastornos formales en sentido estricto. Pueden presentarse deformaciones o interpretaciones delusivas referentes a la vida pasada.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Se encuentra una falta de discernimiento o comprensión del trastorno esquizofrénico, aunque diversos síntomas somáticos y afectivos pueden llevarles a la consulta.

PRONOSTICO

El pronóstico de los desórdenes esquizofrénicos es función de diversos factores: 1. Unos dependientes del mismo trastorno. 2. Del médico donde vive el paciente, particularmente de su vida familiar y 3. De la actitud del propio médico. Enumeraremos primero los factores dependientes del paciente y el trastorno:

a) La constitución corporal leptosónica o asténica conlleva un peor pronóstico.

b) La personalidad pre-psicótica esquizoide asociada a una constitución corporal leptosómica o asténica constituye un factor de mal pronóstico.

c) Un inicio en la niñez, pubertad o adolescencia es de mal pronóstico. Las formas hebefrénicas de muy mal pronóstico, suelen comenzar en la adolescencia.

d) Un inicio insidioso, progresivo es de peor pronóstico que uno agudo abrupto.

e) Antecedentes de una buena adaptación personal previa es de buen pronóstico.

f) Cuando se asocian síntomas afectivos (depresión, manía) en todo el curso del episodio, el pronóstico es mejor.

g) Trastornos de la conciencia tipo anublamiento en el inicio son índices de buen pronóstico.

h) En el pronóstico influye la modalidad de la forma clínica: de mejor pronóstico son las formas periódicas, paranoides y catatónica, no así las formas hebefrénicas y simples.

i) Un medio protector, tolerante, respetuoso y promotor de actividades a la medida de las posibilidades presentes de los pacientes es de valor pronóstico positivo. La esquizofrenia es sumamente vulnerable a la subestimulación del medio social (indiferencia de parte de los demás, escasa comunicación y actividad) o a la sobreestimulación de todo tipo.

j) Por último, pero no menor, es factor positivo en el pronóstico la actitud esperanzada del médico que a través de un interés permanente atiende a todas las necesidades del pacientes y le brinda apoyo y aliento contínuo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

TRATAMIENTO

El tratamiento de los pacientes esquizofrénicos debe basarse en el empleo de todos los medios posibles (psicológicos, sociales, farmacológicos, físicos) sin unilateralidades ni preferencias. Las medidas sociales y psicológicas están dirigidas a reestablecer o mantener el contacto con las personas y con su medio, proporcionando apoyo contínuo y promoviendo la movilización de las potencialidades constructivas.

El tratamiento requiere paciencia, respeto, suma delicadeza en el trato, pues estos pacientes, como cualquier otra persona, son muy sensibles a la inconsistencia, el descuido y al incumplimiento de promesas. Debido a la evolución prolongada de los desórdenes esquizofrénicos , el médico ha de tomarles a su cargo por mucho tiempo; esta experiencia, a la larga es fructífera pues los pacientes esquizofrénicos son capaces de establecer relaciones positivas con otras personas.

El médico general puede tratar los episodios agudos, los estados subagudos, las formas incipientes y las residuales en la misma comunidad, si sabe consultar al especialista, anticipándose a emergencias, y, en caso de no obtener cambios con el tratamiento instituído.

En las formas agudas con agitación psicomotriz, agresividad, pérdida del contacto con la realidad, está indicada la cloropromazina, por vía parenteral (intramuscular) 50 mgrs. cada 4 horas o 6 horas, según sea necesario, atendiendo a la intensidad de la sintomatología; en estos casos el paciente debe guardar cama y se determinarán las constantes vitales, cuando sea necesario. Es muy importante, la debida satisfacción de las necesidades físicas a través de una misma persona con la que se mantenga o establezca relaciones positivas. El trato ha de ser discreto y ha de atendérseles periódicamente, escuchándoseles con respeto, sin críticas directas a sus delusiones. Pasado el período agudo pasar a cloropromazina por vía oral, pudiendo emplearse de 100 a 200 mgrs. mañana, tarde y noche, agregando antiparkinsonianos , si fuera necesario, y empleando, por la noche hipnóticos. Cuando los efectos secundarios de la medicación fenotiazínica se atenúan es preciso que el paciente permanezca levantado y que se establezca un régimen de actividades, primero sencillas, en casa, las que progresivamente se irán incrementando. Han de favorecerse los contactos sociales, primero con familiares y conocidos. En general evitar con este tipo de pacientes tanto la sobreestimulación, como la subestimulación social, pues ambas les son desorganizadoras.

Cuando predomina la apatía o no es pronunciada la agitación psicomotriz puede emplearse la trifluoperazina en dosis de 5 a 10 mgrs. mañana, tarde y noche, con la medicación antiparkinsoniana correspondiente.

El tratamiento farmacológico ha de ser permanente. Pasado el período agudo puede, con prudencia, disminuirse progresivamente de dosis, dejándole con una dosis que se denomina de mantenimiento (de 100 a 150 mgrs. de cloropromazina de 5 a 10 mgrs. de trifluoperazina diarias).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DESORDENES AFECTIVOS

DEFINICION Y CLASIFICACION:

El rasgo predominante de estos transtornos consiste en que el afecto, el humor (ya sea en más: euforia, o en menos: depresión), y el tono emocional se desvían de lo normal.

Hay disturbios del pensamiento en concordancia con el humor prevalente.

La clasificación Standard considera únicamente: a) reacciones maníaco depresivas, b) reac. depresivas psicóticas. Pero deben considerarse reacciones de pena normal y reac. depresivas neuróticas que no son psicosis pero que caen en la amplia categoría de desórdenes o reacciones afectivas.

Es necesario recordar que: el humor depresivo se encuentra en cualquiera de esos desórdenes, mientras que el humor eufórico sólo en: Reac. maníaco depresivas, estados maniáticos sintomáticos (secundarios a daño orgánico cerebral).

Se considera (según Gregory):

1.- Reacciones o psicosis maníaco-sepresivas.
2.- Reac. depresivas psicóticas (Nom. St.).
3.- Psicosis invol. depresivas (Nom. St.)
4.- Desórdenes afectivos sintomáticos.
5.- Reac. depresivas neuróticas.
6.- Reacción de pena normal.

REACCION O PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA

Está caracteriza por: a) severas expansiones del humor, b) tendencia a la remisión con subsecuente recaída.

En PMD está alterada la dirección, y la intensidad de la respuesta del Humor, Actividad física, Procesos del pensamiento.

Síntomas:

Episodios Maniáca: varía de grado: de la hipomanía, la manía aguda, a la manía delirante.

Existe: exaltación: euforia, labilidad emocional
aumento de la actividad física (motora)
rapidez del pensamiento: fuga de ideas, verborrea.

Si adicionales al humor básico, se dan delusiones y alucinaciones, se diagnostica entonces como "esquizofrenia afectiva".

Episodios Depresivos: la depresión es: más común, más frecuente en la 4ta. década, casi siempre ocurre sólo una vez.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Existe: humor deprimido: aprensión, perplejidad
disminución de la actividad física: lentitud, retardo motor, que puede llegar hasta el estupor, o la agitación.
disminución del pensamiento.

En una misma persona pueden presentarse:
- combinación de episodios: a) un episodio simple de depresión y mania; b) ataques repetidos de depresión sola o manía sola; y c) alternancia de episodios maníacos y depresivos.

- sucesión irregular de episodios maníacos y depresivos.

Carácteres de los ataques:

Los ataques pueden ser: a)endógenos (sin stress precipitante aparente)a períodos o irregulares,b)exógeno,ligados estrechamente a un factor biológico, o a un stress o deprivación emocionales. La duración puede ser breve y no vinculada a deterioración de la personalidad. Pero conforme el avance de edad, aumenta la frecuencia de ataques, y mayor duración de los mismos, existe tendencia a asociarse con deterioro de la personalidad.

FRECUENCIA Y DISTRIBUCION DE LA PMD.

Es difícil estimar la frecuencia de PMD y de otros desórdenes afectivos porque:
- muchos pacientes no han sido admitidos en hospitales psiquiátricos (unos se suicidaron, otros se recuperaron espontáneamente
- por la variedad de diagnósticos que se adscriben a pacientes con síntomas depresivos. Por esto, al lado de un menor número de diagnósticos de PMD, existe un mayor número de diagnósticos de: reacción psicótica depresiva, psicosis involutiva, reacción neurótica depresiva, psicosis esquizo-afectivas).

Las estimas de PMD por cada 100 nacimientos varían de 0.1 a 1.6. En último caso (Fremming, 1951) las mujeres duplican a los hombres.

En primeras admisiones a hospitales mentales se vió que había mayor incidencia de PMD en países auropeos que en USA.

Las tasas de edad específica para las primeras admisiones por PMD. son casi iguales para cada grupo de edad entre 20 y 70 años. La readmisión se eleva con el progreso de edad; hay mucho más admisiones de mujeres que de hombres (relación 3: 2).

El diagnóstico de reacciones depresivas psicóticas o neuróticas es más o menos igual por la edad y sexo al diagnóstico de PMD.

El diagnóstico de melancolía involutiva, de 40 a 70 años, es cada vez mayor y las mujeres son más que los hombres (2: 1).

Con respecto al estado mental, se vió en las 1o. admisión: se encontró más incidencia en hombres y mujeres casados que en solteros viudos o divorciados, para ambos sexos. Iguales proporciones se hallan en reacciones

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

depresivas y psicosis involutivas.

La PMD. es relativamente más frecuente en status más alto educacional ocupacional y socio económico, que la esquizofrenia.

HISTORIA FAMILIAR EN PMD.

Falta consistencia de datos por:
- porque hay muchos criterios diagnósticos para cada categoría (tiempo, lugar, psiquiatra).
- Hay varios diagnósticos en los cuales se ubican síntomas.
- El acuerdo más estrecho está en diagnóstico de PMD. (si está caracterizada por: síntomas maniáticos o episodios depresivos recurrentes) y en la frecuencia de enfermedades mentales o suicidio entre los parientes de los pacientes con PMD.
- Las estimaciones sobre equivalentes familiares son inexactos porque hay casos fuera del Hospital (medianos; suicidios).

Teniendo estas reservas puede decirse que:

Entre madre, padre, hermanos, no es infrecuente encontrar historia de suicidio (más entre padres y hermanos); internamiento (más en mujeres), otras evidencias de desórden afectivo.

Se encuentra muy baja frecuencia de esquizofrenia entre relacionados de los que sufren PMD; si hay más o menos 5% con psicosis involutiva.

Los enfermos con PMD. provienen de familias:
- con buen nivel socio económico
- con baja ilegitimidad, separación o divorcio
- con baja incidencia de muerte del padre
- con más incidencia de hijo único que otra psicosis.

HISTORIA PERSONAL EN PMD.

No hay modelos consistentes acerca de desarrollo pre natal, dificultades en el parto, o precoz maduración post-natal.

Relaciones interpersonales:

No están perturbadas consistentemente pero se encuentra: deprivación o dominación parenteral de varias formas (relaciones satisfactorias interrumpidas por muerte o deserción; ausencia del padre, prolongada por trabajo; padre inefectivo y distante o incapacitado e inaccesible periódicamente por depresión; relaciones con uno o ambos padres fluctuantes por cambios de humor y cuadros depresivos).

Con la madre las relaciones son más parejas: de dominación, de protección excesiva, o de control. Frente a esto, se logra conformidad por parte del niño, por: amenazas, retos, castigos, retiro de afectos.

El tipo de participación social más frecuente en el PMD, es: activo,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

extrovertido, vivaz. En términos generales, el nivel de actividad y la participación social de esos niños en la escuela ha sido: conciente, responsable, más o menos competitivo; aunque la habilidad intelectual inherente es muy variable.

Ocupación:

La actividad y dinero varían según las fases de PMD. Las relaciones ocupacionales son buenas, salvo cuando aparecen síntomas.

Muchos mejoran en los puestos a través de los años, y mantienen actividad en organizaciones religiosas, sociales. No hay antecedentes policiales, salvo en las crisis.

Aspecto psicosexual:

Pueden ser relaciones maduras.

- En crisis: en depresión: hay desinterés por tener relaciones sexuales
  en euforia: el impulso sexual aumenta, hay deshinibición o promiscuidad, con posterior sentimiento de pena, culpa.

- En hipomanía: llevan a cabo procedimientos de divorcio, decisiones impulsivas, relaciones extramaritales. Esto dá inestabilidad familiar, pero la familia aprende que son episodios.

Humor

En la etapa de depresión: exagera los síntomas corporales y pueden aparecer quejas hipocondríacas.

En la etapa de euforia: minimiza los síntomas físicos y son propensos a "accidentes".

PERSONALIDAD PRE-PSICOTICA:

Según la APA: "... individuos caracterizados porque se ajustan extratensiva e ilimitadamente a las situaciones de la vida, por aparente calor personal, amigabilidad y generosidad superficial; por ligazón afectiva con el medio y por pronto entusiasmo por la competencia. Hay humor alternante de desánimo , estimulados más por factores internos que por factores externos."

Pero también se halla otros tipos de historias: Las PMD dán historia de aislamiento social en adolescencia, más que grupos normales.

INICIO DE SINTOMAS:

El incio de los síntomas es abrupto, aunque han estado presentes an-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tes de que el paciente busque ayuda médica.

En la depresión: fatiga, desinterés, insomnio, anorexia, baja de peso estreñimiento y otras quejas. Pero los síntomas evidentes pueden ser: intentos de suicidio o suicidio.

En la Hipomanía: presentan conducta que perturba a amigos y relacionados. Presentan hiperactividad motora y de palabra, insomnio aumentado, dispendio excesivo; conducta sexual deshinibida; agresión; violencia.

EXAMEN MENTAL DE LOS MANIACOS:

La manía y la hipomanía presentan la cara opuesta de la depresión.

La actitud por lo general es: descuidado, animado, hiperactivo, compulsivo , deshinibido , peligrosos , bien dispuestos.

Conforme crece la actividad psicomotora: se vuelve sarcástico, irritable, vulgar, agresivo, violento.

Hay torrente de lenguaje espontáneo, con ronquera o llega hasta la afonía.

Son estimulados constantemente por nuevos pensamientos y por el ambiente, por esto se puede contactar brevemente con ellos; la fuga de ideas impide relaciones más prolongadas a pesar que las asociaciones no son desconectadas. Hay tendencia a hacer rimas que en casos graves son más por simples sonidos que por ideas.

El contenido del lenguaje refleja: jovialidad, optimismo, relajamiento, vivacidad, buen humor.

La capacidad intelectual está en rango normal. Hay poco o nulo defecto de funciones en casos moderados. Pero en los más recios hay numerosos errores y defectos de medición de la función intelectual. Es difícil examinar memoria y orientación, más en casos avanzados.

Hay ilusiones y alucinaciones no características en un 30% de PMD.

Igualmente, hay delusiones de grandeza o de persecución que remiten cuando pasa el desórden afectivo.

El tono emocional es de euforia, pero también hay labilidad, fluctuación, episodios del llanto u otros síntomas depresivos.

Puede haber un aumento de hostilidad hacia afuera, y una conducta agresiva.

El super ego y los controles internos disminuídos permiten: promiscuidad, irresponsabilidad financiera, juicio y anticomprensión defectuosos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INVESTIGACIONES FISICAS EN PMD.

Se han indicado que con síntomas depresivos hay quejas hipocondríacas sin base orgánica. A veces hay largas historias de inexitosos tratamiento quirúrgico y médico.

Sin embargo estos síntomas depresivos se acompañan de: pérdida de apetito, pérdida de peso, constipación que algunos creen sea debido a disturbios del sist. vegetativo.

Los maníacos y los hipomaníacos también pierden peso más por el aumento de la act. psicomotora que por menor ingesta.

No hay base probada para otros correlatos somáticos.

ETIOLOGIA DE PMD.

Muchos psiquiatras biológicamente orientados piensan en predisposición más fuerte que para esquizofrenia u otras psicosis funcionales, psiconeurosis o desórdenes de la personalidad.

Sin embargo, esto es discutible por:
- porque el número de casos implicados es más pequeño que en la esquizofrenia.
- porque los desórdenes similares en relacionados es menos completa que en la esquizofrenia
- el diagnóstico clínico tampoco es buen criterio porque hay más variabilidad de frecuencias de PMD. entre relacionados, en los informes.

Se piensa en la transmisión por un gene simple dominante con manifestación irregular (debido a bajo grado de penetrabilidad y/o expresividad). Mayer-Gross supone que si hay base genética deben haber varios genes responsables, siendo probable la acción de: diferentes genes mayores (heterogeneidad genética) o por acción acumulativa de genes menores (transmisión poligénica).

En concordancia con la presencia de varios genes para PMD. esta:
- los desórdenes afectivos son más frecuentes en mujeres
- hay asociación de PMD. y constitución endomórfica (pícnico).
- tendencia a enfermedades hipertensivas y cardiovascular.

Kallman informa asociación de psicosis involutiva más con esquizofrenia que con PMD. Por esto supone que los psicóticos involutivos son portadores heterocigotes del gen recesivo que el considera responsable de esquizofrenia.

Biológicamente hay disminuación general de la función vegetativa en depresiones severas (asociadas) pero no hay anomalías metabólicas asociadas con depresión o hipomanía.

Los psicoanalistas sugieren fijación y regresión a bajos niveles de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

desarrollo por: disturbios orales (anorexia) o anales (constipación); o preocupaciones anales inconcientes.

Whitehorn dice: "prominencia de rasgos obsesivos o franca sintomatología obsesivo-compulsiva en vida pre-psicótica de deprimidos, destaca ligazones con período de vida de limpieza. La escrupulosidad caricaturizada y las groseras explicaciones irrazonables de sentimiento de culpa, sostienen a un exagerado sentido de responsabilidad respecto al auto-control".

La interpretación de que la depresión representa hostilidad reprimida o introyectada, halla asidero en relación inversa entre el homicidio y suicidio en relación a edad, raza, área geográfica, época (paz, guerra).

Necesitan más investigaciones las relaciones interpersonales perturbadas (de privación) que pueden dar varios tipos de desórdenes afectivos en la adultez.

Las fases de depresión y suicidio son más frecuentes entre la gente: más educadas, de un nivel socio económico más alto, más inteligentes, civilizada que primitivos. Pero la amplitud de estas observaciones depende de la herencia, y de las experiencias biológicas y sociales.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DESORDENES PSICOTICOS: ESTADOS PARANOIDES

Dr. A. Beyer

INTRODUCCION

La 8va. revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades con las adaptaciones de la A.P.A., incluye a los Estados Paranoides Paranoia, Estado Paranoide Involutivo y Otros, dentro del capítulo de Psicosis no atribuídas a condiciones físicas. Aclararemos previamente los mecanismos de defensa comunes en estas manifestaciones; su ocurrencia en el normal y características de la personalidad paranoide.

Mecanismos de defensa.- Las manifestaciones paranoides son derivadas del mecanismo de defensa de "proyección" y por la tendencia a la autoreferencia.

a) Proyección: los mecanismos adaptativos del sujeto actúan contra la angustia, exteriorizando o atribuyendo a otros los rasgos de carácter, las actitudes, los motivos y los deseos que son rechazados o censurados por el propio individuo. El hecho de proyectar nuestras propias tendencias agresivas, nos puede inducir a reaccionar con agresividad y conducta hostil hacia el objeto externo, que es foco de la proyección.

b) ideas de referencia o autoreferencia: el sujeto cree que es objeto de atención especial o animadversión de parte de los que le rodean o que los sucesos y acontecimientos están dirigidos hacia el mismo, de una manera significativa.

Ocurrencia en el normal.- Estos mecanismos defensivos pueden darse en forma leve en cualquier persona pero con la característica de que no existe una convicción en sí y no conduce a la acción. Vg.: cuando entremos a un teatro lleno de público o a un restaurant, tenemos la sensación de ser observados por todos o casi todos.

Es anormal, cuando el mecanismo de proyección persiste, se convierte en habitual y llega a influir sobre la vida y conducta del sujeto. En nuestro medio existe un aspecto cultural que hay que tener en cuenta en toda evaluación clínica, sobre todo en población indígena y aún en la criolla; las tendencias tan difundidas en creer en brujería o "daño", así como el sentimiento de ser envidiado.

Personalidad paranoide.- Este tipo de personalidad considerado dentro de los desórdenes de la personalidad, es decir, que mejoran raramente con la terapia y prácticamente permanecen inmodificables durante la vida del sujeto tiene las siguientes características: estos sujetos tienen muchos rasgos de la personalidad esquizoide y una tendencia a utilizar los mecanismos de proyección. Desde niño se le puede apreciar solitario, inseguro, suspicaz, terco, reservado, obstinado y rencoroso. Conforme crece, estos rasgos se acentúan, se torna sensible respecto a la actitud y conducta de los demás. Detalles insignificantes son exagerado, es sarcástico, pendenciero, amargado y rencoroso. Tiene tendencia exagerada a las discuciones, puede ser intransigente y agresivo. No tolera que le critiquen y fácilmente critica y menospre

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

cia a los demás. A veces piensa que los otros quieren hacerle daño. Es egoista, tiene gran confianza en si mismo y tiende a imponer sus ideas. Necesita demostrar su superioridad. En algunos casos es eficiente por su meticulosidad y precisión pero los celos y la suspicacia lo hacen inadaptable. Si ocupa algún puesto de autoridad puede convertirse en un tirano mezquino. La personalidad paranoide puede desplegar genio notable para localizar en las situaciones cotidianas habituales solo las desatenciones menudas, las negligencias o los menosprecios insignificantes, que los demás pasan por alto; pero él, los agranda hasta convertirlos en problemas cruciales, no del todo imaginarios, pero sí, sumamente exagerados. No se sienten ni se consideran enfermos no han perdido el contacto con la realidad. Generalmente tienen buen nivel intelectual. Son las personas que le rodean, quienes sufren las consecuencias de su anormalidad y muchas veces las que solicitan consejos. Cuando estos rasgos de personalidad están profundamente arraigados, algunos autores consideran difícil una diferenciación de la Paranoia "clásica".

ESTADOS PARANOIDES

Son transtornos psicóticos, en los cuales la anormalidad esencial es la delusión, generalmente persecutoria o de grandeza, que puede provocar transtornos de la afectividad, del pensamiento y de la conducta, distinguiéndose de las psicosis esquizofrénicas y afectivas en que éstas son las anomalías centrales.

a) PARANOIA.- La paranoia clásica, es extremadamente rara, muchos autores la niegan como entidad clínica. Es descrita como un desarrollo delusivo paranoide lento, intrincado, complejo con ideas de persecución o de grandeza, lógicamente elaboradas después de una falsa interpretación de un suceso actual, es decir existe cierta lógica a propósito de las ideas delusivas, de manera que si se aceptara la primera premisa errónea del paciente, el resto de los datos parecen tener una concecuencia natural. Las respuestas emocionales y la conducta están en consonancia con la ideación. La inteligencia se conserva bien a veces son intelectualmente brillantes. No hay alucinaciones y con relativa conservación del resto de la personalidad. No es raro que el paranoico convenza a muchas personas con su manera delusiva de pensar; muchos fundadores de sectas religiosas y de sistemas políticos es probable que hayan tenido este tipo de psicosis. La edad típica de su inicio, es después del cuarto decenio de vida y es más frecuente en el hombre. De acuerdo al contenido delusivo, se dán las ideas delusivas de reinvindicación (querellantes, inventores, fanáticos idealistas, etc.); pasionales (celetipia, erotomanía)que muchas veces desembocan en reacciones francamente agresivas de consecuencias funestas.

b) ESTADO PARANOIDE INVOLUTIVO.- Psicosis paranoide caracterizado por formaciones delusivas al comienzo del período involutivo. Antiguamente se le clasificaba como una variedad de la reacción psicótica involutiva. Se distingue de esta psicosis por la ausencia del trastorno del pensamiento propio de esta enfermedad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

c) OTROS ESTADOS PARANOIDES.- Esta es una categoría residual reservada para reacciones psicóticas paranoides no clasificadas. Están caracterizadas por la presencia de una o más ideas delusivas paranoides. Faltan las características generales de la esquizofrenia y las delusiones no llevan la sistemática fijación es su naturaleza lógica. Estos estados duran poco tiempo y con cierta frecuencia son reacciones a un conflicto grave basado en hechos reales. Las delusiones celotípicas como único síntoma podría clasificarse como un estado paranoide.

MANIFESTACIONES PARANOIDES FACULTATIVAS

Las manifestaciones paranoides pueden presentarse como sintomatología asociada o facultativa en diferentes sindromes cerebrales orgánicos y otras enfermedades psiquiátricas. Señalaremos esta asociación en las siguientes afecciones:

1) Psicosis asociada a sindromes cerebrales orgánicos y dependencia a drogas.
2) Esquizofrenia paranoide.
3) Melancolía involutiva.
4) Desórdenes afectivos mayores.
5) En neurosis y desórdenes de la personalidad.

1.- Psicosis asociada a sindromes cerebrales orgánicos y dependencia a drogas.- Las manifestaciones paranoides, en desórdenes cerebrales con manifestaciones psicóticas, pueden ser comprendidas como intento del enfermo para interpretar sus alucinaciones o para encontrar una causa en el ambiente que explique sus incapacidades.

El abuso de ciertos tóxicos como cocaína, alcohol y medicamentos como el bromo, anfetamina y barbitúricos pueden causar reacciones paranoides agudas o crónicas.

En las demencias orgánicas seniles y arterioescleróticas la sintomatología paranoide es frecuente. Cuando se asocia a desórdenes cerebrales posttrumáticos, neoplasias o infecciones su ubicación por los síntomas neurológicos focales permitirán hacer el diagnóstico.

En el alcoholismo las manifestaciones paranoides se presentan en la alucinosis alcohólica, asociadas a las alucinaciones auditivas, con voces acusadoras, insultantes que le condicionan ideas de referencia y pueden cristalizar, en un estado persecutorio con angustia y desasosiego. En el estado paranoide alcohólico, que se desarrolla en el alcoholismo crónico generalmente varones, se caracteriza por celos excesivos y delusiones de infidelidad del conyugue, llegando a desembocar en actitudes agresivas y muchas veces funestas.

2.- Esquizofrenia paranoide.- Dentro de las modalidades de esquizofrenia, este tipo se presenta usualmente después de los 25 ó 30 años, de inicio generalmente insidioso. El trastorno típico del pensamiento esquizofrénico rara vez falta, y por más sistemáticamente coherente que puedan ser al principio las ideas delusivas paranoides se convierten luego en ilógicas y contradictorias, aún cuando no hayan aparecido las alucinaciones. De convic-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ciones súbitas inmotivadas y aprehensiones de significado aparentemente sin conexión alguna con situaciones pasadas o presentes, inesperadas, extrañas; pero no obstante firmemente creídas y de gran trascendencia para el enfermo. Las delusiones paranoides en esquizofrénicos, pueden referirse a sucesos triviales, pero también a sus alucinaciones. Su conducta puede ser agresiva y destructiva.

En los otros tipos de esquizofrenia (simple, catatónica, hebefrénica) las ideas paranoides si se presentan, pueden ser de caracter transitorio y fugaz. Es interesante señalar que el mayor número de esquizofrénicos paranoides, carecen de rasgos paranoides previos. Otros pacientes ocultan sus delusiones paranoides en los estadíos precoses como si advirtieran su extravagancia.

3.- Melancolía involutiva.- En algunos casos esta psicosis tiene un claro colorido paranoide. El paciente magnifica las faltas y errores del pasado, se considera asimismo como un criminal y piensa que es despreciado. Sus ideas de culpa son absurdas y fuera de lugar. En estas psicosis son frecuentes las delusiones, alucinaciones, gran ansiedad, temor, ideas hipocondríacas y sensación de muerte eminente.

4.- Desórdenes afectivos mayores.- Son menos frecuentes. En las fases depresivas, se derivan de sentimientos de inadecuación indignidad y desesperanza. En las fases maníáticas las ideas sobrevaloradas de grandeza pueden hacerle suponer que los demás hacen todo lo posible por ayudarlo en alcanzar una alta posición.

5.- Síntomas paranoides en desórdenes de personalidad y neurosis.- En referencia a las manifestaciones paranoides en desórdenes de personalidad ya nos ocupamos ampliamente sobre la personalidad paranoide. En trastornos psicopáticos de la personalidad se dá con cierta frecuencia en psicópatas irritables y agresivos. En forma leve se puede presentar en algunas neurosis histéricas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Ante una manifestación paranoide, es necesario en primer lugar, descartar alguna causa orgánica. Luego es menester descartar una esquizofrenia paranoide, que es lo que se presenta con mayor frecuencia, con una minuciosa observación sobre todo al inicio de los síntomas anotados anteriormente típicos de la esquizofrenia. En estudio realizado por Bambarén, C. sobre el diagnóstico en la primera consulta del Hospital "Hermilio Valdizán", durante un año, encuentra sobre 1,105 pacientes vistos, la esquizofrenia paranoide ocupa el 20% del número total, el 52% de todos los cuadros psicóticos y el 64% de las esquizofrenias. La misma observación nos dará la oportunidad de apreciar si se trata de otro tipo de psicosis (involutiva, senil) donde las manifestaciones paranoides son síntomas facultativos.

La paranoia y estados paranoides son raros y el diagnóstico merece un cuidadoso examen y observación, nunca llegarán espontáneamente al psiquiatra, por la observación de sus funciones de personalidad y ausencia de alucinaciones, dificultad también para establecer el diagnóstico con una personalidad paranoide con rasgos acentuados como vimos anteriormente.

Biblioteca Enrique Encina - Hospital Víctor Larco Herrera

TRATAMIENTO

Cuando las manifestaciones paranoides son síntomas facultativos como es lógico suponer el tratamiento dependerá de la enfermedad causal. Las psicosis orgánicas debidas a intoxicaciones agudas o crónicas por medicamentos, drogas o alcohol, serán tratados en ese sentido.

Para la esquizofrenia paranoide o psicosis afectivas, se utilizarán los procedimientos usuales en estas psicosis, sin olvidar que siempre hay que tratar de reforzar las ligaduras del paciente con el mundo exterior y los contactos sociales.

En los estados paranoides cuya causa desencadenante, es claramente conocida en determinadas situaciones, debe intentarse la psicoterapia de apoyo y corregir las tensiones ambientales.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DESORDENES SOCIOPATICOS DE LA PERSONALIDAD

Dr. A. Beyer

INTRODUCCION

La 8va. revisión de la nomenclatura diagnóstica de la Clasificación Internacional de Enfermedades y su adaptación por la A.P.A., no incluye a los trastornos sociopáticos de la personalidad. De acuerdo a lo anterior, se restringiría este estudio a la personalidad Antisocial, Personalidad explosiva o Inadecuada, pero sin ninguna sistematización. Se considera de interés mantener el concepto de sociopatía, por la enorme importancia que representa dentro del cuadro de las enfermedades mentales.

DEFINICION

El término de la personalidad sociopática, aquí expuesto, será para delimitar un sindrome, siguiendo a ROBINS, L., caracterizado por manifestaciones de groseras y repetidas fallas en aceptar y adaptarse a las normas sociales establecidas y que abarca muchas áreas de la vida del sujeto, sin trastornos que sugieran la presencia de psicosis.

Es por eso que para el criterio diagnóstico no sería adecuado un estudio transversal del sujeto, sino un corte longitudinal a través de toda su existencia, justamente por las áreas comprometidas que se dán a través del tiempo.

ROBINS encontró en su investigación que las áreas que permanecían constantemente comprometidas eran 18:

1.- Historia laboral pobre
2.- Dependencia económica
3.- Arrestos repetidos
4.- Historia marital disarmónica
5.- Abuso de alcohol
6.- Ausentismo, deserción escolar
7.- Impulsividad (agresivo)
8.- Conducta sexual premiscua o perversa
9.- Adolescencia indómita
10.- Vagancia
11.- Beligerancia
12.- Aislamiento social
13.- Ausencia de sentimientos de culpa
14.- Quejas somáticas
15.- Uso de "alias"
16.- Mal record en las fuerzas armadas (Servicio Militar)
17.- Mentiroso patológico
18.- Intento de suicidio.

Como se puede observar, los desórdenes sociopáticos se incluyen dentro de los desórdenes de la personalidad, que se caracterizan por el defecto o tendencia patológica en el desarrollo de la misma; con ansiedad subjetiva mínima o con ningún sentido de angustia. En la mayoría de los casos, este de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sórden se manifiesta por un patrón de acción o conducta de toda la vida, más que por síntomas mentales o emocionales. Es así como en las neurosis o psicosis, la psicopatología encuentra su expresión en el campo psicológico; en trastorno psicofisiológico encuentra su expresión fisiológica en el síntoma somático. En el trastorno sociopático, estas fuerzas no se expresan en el campo psicológico ni en el somático, sino en el campo social, por una forma anómala de vida,que puede ocasionar frecuentemente problemas con la justicia u opinión pública.

En la nomenclatura diagnóstica actual, los desórdenes que muestran componentes del sindrome sociopático serían en primer lugar: la personalidad antisocial; luego, desviaciones sexuales dependencia a drogas; personalidad explosiva; alcoholismo y personalidad inadecuada.

En la presente clase nospreocuparemos de la personalidad Antisocial y de los trastornos y desviaciones sexuales.

PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Los sujetos comprendidos dentro de este desórden, son conocidos a través de las publicaciones dentro de las denominaciones de "personalidad psicopática", "psicópatas", "estado psicopático constitucional" o "anéticos".

El estudio de este desórden es de mucho interés por corresponder a los problemas sociales que ocasiona, su definición en relación al problema de la delincuencia, ya que la mayor parte de estos individuos están en contínuo conflicto con la ley y las normas sociales. Pero es necesario aclarar que algunos autores confunden la criminalidad con la psicopatía y muchas veces fundan sus investigaciones en el estudio de criminales, que no son difinidamente psicópatas. Es por este motivo que creemosoportuno exponer las características de la personalidad del psicópata (como lo llamaremos siguiendo a W. y J. Mc Cord) en sentido estricto. Otros autores lo denominan "anético", "individuo frio y moralmente encallecido".

EL PSICOPATA

Comprende todas las áreas del sindrome sociopático y tiene las siguientes características psicopatológicas de personalidad:

a) Es asocial, ninguna regla lo detiene, son reincidentes en delitos, no escarmienta con el castigo ni con el premio, es peligrosamente destructivo.

b) Es llevado por deseos incontrolados, no ataca a la sociedad, sino en cuanto ella se opone a la consecución de sus deseos incontrolados y para lograr el placer inmediato. Busca más que los otros seres humanos la excitación de la variedad.

c) El altamente impulsivo, a diferencia de las personas normales o aún del delincuente promedio, las aventuras del psicópata parecen carecer de un fin determinado o de un propósito. El psicópata carece de principios. Su vida está determinada por deseos efímeros,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

que no dan cabida a planificaciones previsoras. Aunque con suerte y en circunstancias especiales, sociales o políticas, se ha visto que el psicópata puede llegar a controlar una nación.

d) Es agresivo, la asocialidad del psicópata se traduce a menudo en brutal agresión. La desinhibida búsqueda del placer, choca muchas veces con las restricciones de la sociedad y lo conduce a una acción agresiva. El psicópata reacciona a la frustración con furia.

e) Siente escasos o nulos sentimientos de culpa, este razgo es decisivo. Puede perpetrar cualquier acto,pero difícilmente llega a tener remordimientos. Cuando un hombre normal viola las estructuras morales de su cultura, un malestar le invade, su conciencia moral se hace sentir, inclusive entre los criminales no psicópatas, llegan a internalizar un "código de honor entre delincuentes".

f) Tiene una incapacidad para amar, esta característica es tan evidente que algunos psiquiatras la consideran el núcleo del "sindrome psicopático". Aparece como frio y carente de compasión, trata a la gente como medio para su propio placer. En algunas oportunidades puede crear fugaces ligaduras amorosas, pero carecen de profundidad emocional y terminan frecuentemente en explosiones agresivas.

Como es fácil suponer, estos sujetos no se sienten enfermos, no han perdido el contacto con la realidad y no sienten molestias de ninguna especie por lo que nunca recurren al médico o al psiquiatra para tratamiento. De acuerdo a las normas jurídicas actuales, son penalizados y considerados responsables de sus actos.

CAUSAS DE LA PSICOPATIA

Aunque el origen de la psicopatía está actualmente en discusión, existen autores que defienden una causa hereditaria, constitucional, neurológica o ambientalista. La dificultad estriba en que muchos de ellos han estudiado el aspecto de la criminalidad en general y no han seleccionado el cuadro psicopatico en sentido estricto. Pese a ello los partidiarios de la herencia, constitución, trastornos neurológicos o situaciones ambientales, han contribuído a aumentar nuestros conocimientos. Los primeros, aunque no lograron establecer una causa congénita para la psicopatía, han mostrado que los psicópatas tienen aparentemente la misma proporción de antecesores "corrompidos" que las personas normales. En el aspecto neurológico, los exámenes electroencefalográficos, estado de reflejos, historias clínicas y en otros estudios experimentales, han establecido los neurólogos, que lesiones en el hipotálamo y en el lóbulo frontal conducen a una conducta agresiva y asocial. Proporcionalmente, más psicópatas que personas normales, tienen tempranas historias de enfermedades cerebrales. Aunque a menudo no está diferenciada la psicopatía con otros desórdenes, existe la probabilidad de mayor cantidad de patrones electroencefalográficos anormales entre psicópatas que en la población general.

La investigación ambientalista, contribuyó con importantes conocimientos, indicando que la gran mayoría de psicópatas han sido sometidos al rechazo temprano. Parece que este rechazo es prerequisito para el desarrollo del sindrome. Pero la crítica a este concepto es que no todos los niños rechaza-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dos se vuelven psicópatas.

Cada teoría causal, tiene en sí misma defectos fundamentales que pueden invalidar sus afirmaciones. Sin embargo, los últimos 20 años de investigación, indican que una combinación de conocimientos neuropsiquiátricos y sociales podrían dar una pausible sino definitiva explicación del transtorno. Existe el hecho de que todos los psicópatas han sido al menos, rechazados en su infancia y una malformación neurológica parece ser el catalizador que en algunos casos, transforme al niño rechazado en psicópata.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS MANIFESTACIONES SOCIOPATICAS

Como dijimos anteriormente, la criminalidad es un hecho social en el que participan una serie de factores sociológicos y psiquiátricos. En lo que concierne a este último, es necesario descartar todas aquellas enfermedades que inducen al sujeto a presentar reacciones agresivas; desórdenes orgánico-cerebrales, epilepsia, toxicomanía, alcoholismo y enfermedades psicóticas. Dentro de las características de personalidad: la impulsividad de los sujetos emocionalmente inestables, personalidades paranoides, personalidades inadecuadas y deficiencia intelectual. Para el público en general, la conducta sexual desviada y la conducta criminal, están demasiado asociadas; Los diarios dedican mucho espacio a la información detallada del las ofensas sexuales, así se crea la impresión de que los desviados sexuales, son con frecuencia violentos criminales que recorren las calles buscando víctimas para satisfacer sus perversos apetitos; nada más lejos de la verdad, la mayoría de los desviados son menos aplomados y violentos que sus semejantes normales. Las características de estos las estudiaremos en la clase correspondiente.

TRATAMIENTO DE LA PSICOPATIA

El tratamiento de este desórden, por la importancia social que implica, ha sido motivo de que se intente todo tipo de terapéutica: medicamentosa, terapia de apoyo en los sistemas carcelarios, diferentes tipos de tutela, de autogobierno o bajo control autoritario y por último hasta lobotomías. Algunas publicaciones exponen éxitos en casos aislados, refieren mejoría o "ajuste satisfactorio". Melitta Schmidedeberg, quien ha tenido gran experiencia en psicoanálisis administrado a psicópatas, pese al hecho de haber reportado algunos éxitos, manifiesta que el psicópata raramente quiere cambiar, tiene tendencia al empleo del médico para su conveniencia y utiliza las interpretaciones psicopatológicas para culpar a otros, no se le puede ayudar porque tiene mala disposición para afrontar sus problemas. Muchos de ellos no ven nada erróneo en sí mismos y por consiguiente no tienen ninguna razón para cambiar.

Las cárceles han hecho muy poco para reformar al criminal sea o no psicópata. El sólo encarcelamiento, aunque protege por algún tiempo a la sociedad, no modifica las bases de la personalidad y por el contrario, al ser una nueva fuente de frustración, el psicópata reincide al poco tiempo y con mayor furia.

El tratamiento del adulto psicopatal aunque no sin esperanzas está lejos de ser promisorio; por lo tanto debe darse importancia a la psiquiatría preventiva en el niño, para evitar en lo posible la psicopatía adulta. Exis-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

te la esperanza de que el tratamiento de los niños psicópatas antes de que maduren, sea de gran beneficio y que no lleguen a resultar endurecidos psicópatas adultos.

TRASTORNOS Y DESVIACIONES SEXUALES

NOCIONES PSICOLOGICAS

El estudio de los instintos, es decir, impulsos esencialmente automáticos y genéticamente determinados, (comer, respuesta al hambre; beber, respuesta a la sed), tan conocidos en el mundo animal, se hace complejo y difícil en el hombre, porque en él, la capacidad de aprendizaje se ha hecho extraordinariamente grande. Esta capacidad se relaciona con el desarrollo de su S.N.C. y de la cultura.

En el hombre, si bien los instintos permanecen sin modificación, las normas de conducta encaminadas al despliegue instintivo, se hacen más complejas y susceptibles de modificación. Es por eso, que tiene más valor y significación, hablar de "impulsos básicos" (impulso para la acción) que de "instintos" (norma automática de conducta).

IMPULSOS BASICOS

Impulsos para la propia conservación.- Están encaminados a garantizar la supervivencia del hombre. En todo impulso básico hay que considerar: a) Origen, b) Intensión, c) Objeto.

En los impulsos para la propia conservación, el origen se reduce a una necesidad fisiológica o bioquímica, esencialmente fija y constante, no varía apreciablemente con el tiempo ni otras circunstancias; ni un miembro a otro de la especie, vg.: hambre, respiración, sed.

La intensión es la clase de acción que uno tiene que realizar ante la necesidad del origen, vg.: acto de comer, acto de respirar, acto de beber.

El objeto es todo aquello que generalmente se encuentra en el ambiente que será utilizado en la acción y usualmente es fuente de satisfacción; vg.: alimento, aire, agua.

Esta explicación previa es para demostrar, que tanto la intensión como el objeto, se hacen en el hombre más complejo que el origen de los impulsos básicos, vg.: en el caso de un objeto - alimento, lo que para un gruó humano es perfectamente comestible, para otros es desagradable y malo.

IMPULSO SEXUAL (O SEXUAL SOCIAL)

El impulso sexual tiene también su origen en la fisiología y bioquímica del cuerpo, y está genéticamente determinado. Su intensión es la cópula sexual y su objeto, es una persona del sexo opuesto. La denominación de sexual - social es porque la característica del objeto es "otra persona".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Existen algunas características especiales de este impulso básico que lo diferencia de los de autoconservación:

a) Tiene una complicada evoluación en su desarrollo. Varía según la edad y etapa de maduración.

b) Existe mucha diversidad en la intensión y en el objeto sexual. Vg.: desviación de la intensión: voyeurismo, sado - masoquismo. Sustitución del objeto: homosexualidad, o bestialidad.

c) Tiene un caracter menos imperioso y puede posponerse sin compromiso de la vida del sujeto.

Aunque su privación no comprometa la vida del hombre, el impulso sexual es una parte básica e integral de la naturaleza humana, que afecta hondamente el carácter y la conducta. La manera como un individuo haya satisfecho o no este impulso, determina muchos aspectos, de su personalidad, la confianza en sí mismo y también su capacidad para establecer relaciones con otros seres humanos.

SEXUALIDAD NORMAL

Para poder conocer la semiología de los trastornos y desviaciones sexuales, es necesario establecer previamente un patrón de normalidad. Esta es la primera dificultad que encontramos en el estudio de este tema, ya que no existe patrón o modelo absoluto por lo dicho anteriormente, (gran variabilidad en la intensión, en el objeto, y complicado desarrollo del impulso). Lo que se considera normal en sexualidad, varía de época a época, país a país y de cultura a cultura. Se puede afirmar que no existe práctica sexual que no haya sido condenada en alguna circunstancia.

Considerando que el impulso sexual tiene un desarrollo cuyo término en la madurez sexual, esta última podría ser definida como la capacidad de lograr una relación estable con una persona del sexo opuesto; física y emocionalmente satisfactoria, en la cual la cópula sea la principal, aunque no la única expresión de amor.

ALGUNOS TRASTORNOS SEXUALES

Impotencia transitoria.- Se presenta en el hombre en forma ocasional y se caracteriza por la falta de erección o erección incompleta, con o sin eyaculación.

Las funciones del sistema nervioso central que regulan la erección y eyaculación,pueden ser inhibidas por diferentes motivos: enfermedades físicas generales, agotamiento y fatiga física o mental, estados de ánimo y conflictos psicológicos. Por otro lado, la circunstancia de una falla de la potencia sexual y ante el temor de perder su potencia sexual, el sujeto se torna ansioso e inseguro y casi siempre consulta al médico. Esta ansiedad e inseguridad presentes en el nuevo intento, pueden originar otro fracaso. El médico debe conocer a fondo la situación psicológica que atravieza el sujeto, para dar las recomendaciones del caso.

Biblioteca Enrique Encinas - Hospital Víctor Larco Herrera

Impotencia crónica o persistente.- Descartada la lesión neurológica de los centros de la erección y eyaculación (generalmente acompalada de otros síntomas neurológicos), o lesión anatómica de los órganos genitales (relativamente rara), puede deberse a graves conflictos psicológicos, donde está indicada la psicoterapia intensa.

Frigidéz.- El orgasmo femenino no tiene ningún concomitante fisiológico definido como en el hombre, que presenta la erección y la eyaculación. Aquí consideraremos la frigidéz como ausencia de la culminación del orgasmo, que en la mujer dura más que en el hombre.

La frigidéz transitoria, como en el hombre, está supeditada a enfermedades físicas, estados de ánimos y conflictos psicológicos. Es necesario aclarar que no debe esperarse que la mujer tenga un orgasmo en cada coito; existen variaciones transitorias normales de acuerdo al ciclo menstrual, temor a salir embarazada, estados de ansiedad, aflicción o culpabilidad.

Aquellos casos en que la mujer ha sido siempre frigidas a menos que existan factores anatómicos (relativamente raro), pueden deberse a conflictos psicológicos más profundos.

DESVIACIONES SEXUALES

En referencia a las perversiones o desviaciones sexuales, puede decirse que mientras el origen de los impulsos permanecen normal, existe una alteración de las normas con respeto a la intensión o al objeto, o ambas cosas. La sustitución de la cópula heterosexual en circunstancias que la hacen posible, es lo que caracteriza a la conducta desviada. En el sujeto adulto verdaderamente desviado, uno u otro interés sexual, que forma parte subsidiaria o secundaria de la conducta normal, se convierte para él en esencial o en la única forma de desahogo sexual.

Para una persona madura, la unión heterosexual es generalmente la manera más gratificadora de obtener satisfacción sexual. En personas normales pueden existir rituales fetichistas o sadomasoquistas y en algún caso pueden ser sustituídos en forma transitoria o circunstancial por otra práctica o unión.

CLASIFICACION DE LAS DESVIACIONES SEXUALES

Intentar una clasificación de las desviaciones sexuales es una tarea difícil por lo oscuro de su etiología, pronóstico y actitudes terapéuticas, como veremos más adelante. Para una compresión didáctica las dividiremos en desviaciones de la intensión y del objeto sexual. El objeto sexual normal es la persona del sexo opuesto; la intensión sexual es el coito normal.

Desviaciones del objeto sexual:

1.- Homosexualidad
2.- Bestialidad

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

3.- Paidofilia, (gerontofilia, incesto)
4.- Travestismo
5.- Exhibicionismo.

Desviaciones de la intensión sexual:

1.- Sadismo
2.- Masoquismo
3.- Fetichismo
4.- Voyeurismo o escoptofilia.

HOMOSEXUALIDAD

Del prefijo griego "homo"- igual, es la atracción sexual por personas del mismo sexo. Se le conoce por lesbianismo en la mujer y uranismo en el hombre. Según los estudios de Kinsey es menos común en la mujer. La conducta homosexual reiterada se limita generalmente a los hombres. En las mujeres por su propia naturaleza, los impulsos sean o no homosexuales, no están violentamente movidos, como para no poder posponer su satisfacción. Mientras la homosexualidad masculina, se expresa casi invariablemente por contacto físico (masturbación mutua, felatio, peredastía etc.) la homosexualidad femenina se limita con frecuencia al nivel psicológico. Kinsey refiere que no menos del 37% de los hombres, habían tenido una experiencia homosexual previa.

En nuestro medio existe y también en muchos países, la circunstancia de que homosexuales definidos y de cierta holgura económica, solicitan los servicios mediante previa remuneración a jóvenes para sus prácticas. Generalmente los solicitantes actúan en forma pasiva. Aquellos que tienen actividades homosexuales transitorias, con preferencia por la relación heterosexuales no pueden ser tildados de homosexuales, de acuerdo a los conceptos expuestos previamente.

La homosexualidad masculina es más problema social que el levianismo, porque es más común, más compulsiva e intrínsicamente insatisfactoria. Veremos su tratamiento al final del capítulo.

BESTIALIDAD

Es el uso de animales como objetos sexuales. Por regla general es una desviación transitoria que sustituye a las relaciones sexuales normales, siendo reemplazada por estas cuando la oportunidad se presenta. Es frecuente en las poblaciones rurales de nuestro ambiente. Casi siempre se trata de deficientes intelectuales.

PAIDOFILIA

La seducción de niños o niñas por adultos es considerada siempre con repugnancia, lo que impide toda discusión racional. Se presenta en algunos hombres aparentemente normales, que bajo la tensión de la privación sexual, o cuando el juicio y el autocontrol han sido afectados por una lesión orgánico cerebral o bajo los efectos del alcohol, pueden hacer a los niños objetos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sexuales. Esta desviación en la cual el hombre o una mujer son exclusivamente atraídos por niños es rara. Es una desviación más frecuente en hombres ya sea heterosexuales u homosexuales, siendo raro que una mujer sea acusada de comprometerse sexualmente con niños de cualquier sexo. La paidofilia como verdadera desviación, no resulta de un exceso de sensualidad, sino más bien del hecho que no se ha podido hallar satisfacción sexual en una relación adulta, por una incapacidad para establecer contacto con las personas adecuadas. El adulto que ataca a un niño requiere una investigación médica y psiquiátrica antes de pensar en el castigo.

SADO - MASOQUISMO

El término sadismo se utiliza para describir la desviación sexual en la cual la exitación erótica (orgasmo), deriva de inflingir dolor; la palabra masoquismo se refiere a la desviación en la cual el placer sexual se logra al sentir dolor. Etimológicamente la primera acepción se debe al Marqués de Sade y la segunda a Leopold von Sacher Masoch, escritores prolíficos que evidenciaron preferentemente estas anormalidades. Es posible detectar en cualquier persona tendencias sadomasoquistas y no puede decirse que haya una línea definida de separación entre lo normal y lo anormal. La idea popular del sádico como criminal brutal, se aplica solo a una ínfima minoría, en la cual esta tendencia desviada se hace aguda. Sólo cuando el sadomasoquismo es extremo o divorciado de la cópula puede ser considerado como desviación. Infinidad de parejas se embarcan en ritos sadomasoquistas menores que tienen el propósito de excitarlos eróticamente y para ellos son valiosas etapas introductorias del acto sexual.

FETICHISMO

Se denomina "fetiche" a un objeto inanimado adorado por los pueblos primitivos y que les atribuían cualidades mágicas. El Shorter Oxford Dictionary lo define como "cualquier cosa reverenciada irracionalmente". El término fetichismo se aplica a una desviación sexual en la cual la atracción parece no residir en la persona, sino en una parte de esta, en un objeto relacionado con ella o en un sustituto simbólico de la misma. El fetichista siente una atracción sexual compulsiva e irracional hacia un objeto inanimado, como un guante, zapato, ropa interior o es fascinado por alguna parte del cuerpo que no sean los genitales, como cabello, senos, etc.

Esta es una desviación limitada al sexo masculino y solo debe ser considerada cuando el objeto sustituye a la persona. La mayoría de los sujetos son heterosexuales. El hecho de que sea el hombre parece deberse, según lo probó Kinsey, a que ésta responde sexualmente a muchos más estímulos que la mujer y parece ser más fácilmente condicionado por ellos. Por lo común, las mujeres no son tan excitables como los hombres por la pornografía, desnudos o exhibiciones físicas, de ahí que no haya espectáculos de streap-tease para mujeres, porque muy pocas son excitadas por los mismos.

El fetichismo es común en menor grado, entre personas normales al dar un valor particular a algún carácter o calidad de las personas del sexo opuesto y puede formar parte del ritual sexual normal.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

TRANSVESTISMO

Esta es una desviación rara, exclusiva del hombre, por la cual sienten placer sexual vistiéndose con ropas femeninas acompañado generalmente de masturbación. El transvestismo y la homosexualidad son fenómenos totalmente independientes y solo una pequeña parte de los transvestistas son homosexuales en sus relaciones físicas. Los homosexuales ocasionalmente pueden usar ropas femeninas para sus relaciones clandestinas, pero estas ropas son empleadas más para atraer a otros, que por la satisfacción que les produzca el usarlas.

Las mujeres con frecuencia visten ropas masculinas y se identifican hasta cierto punto con el hombre, pero es raramente compulsivo y no tiene el propósito inmediato de la satisfacción sexual. Las mujeres que suelen usar ropas masculinas, son más aceptadas en nuestra cultura, que los hombres con indumentaria femenina.

VOYEURISMO O ESCOPTOFILIA

En esta desviación el placer sexual se logra viendo la desnudez de otras personas y en circunstancias que estén realizando el acto sexual. No puede ser considerado como desviación, excepto cuando se ha convertido en principal sustituto de los métdos convencionales de satisfacción. Es más frecuente en el hombre por los conceptos anotados anteriormente.

EXHIBICIONISMO

Es la desviación que consiste en exponer públicamente los genitales. Exclusivamente masculina, aunque las mujeres pueden exponer sus genitales en expectáculos, lo hacen por requerimiento y para placer de los demás y nunca como medio para excitarse ellas mismas. Es, aunque no invariablemente, un acto compulsivo y obliga a repetirlo, pese al castigo o terapéutica. El sujeto expone el pene generalmente erecto, a personas que pueden ser mujeres de cualquier edad, pero que apróximadamente en el 50% de los casos son menores de 16 años. El exhibicionista confía en obtener una reacción emocional en las adolescentes horror, disgusto o excitación. Es esencialmente una manera primitiva de sentirse hombre. Esta desviación es tan común que a todas las escolares debería advertírseles a fin de que no se perturben ni asisten ante una posible amenaza sexual. El exhibicionismo es más una molestia que una amenaza y debe tratarse como tal.

CAUSAS DE LA DESVIACION SEXUAL

En la actualidad no hay nada definitivo que trate de explicar en forma clara las causas de la desviación sexual:

a) Algunas teorías tratan de demostrar, como en el caso de los homosexuales, que se encuentran aberraciones cromosómicas en los determinantes del sexo.

b) Existencia de factores hereditarios y constitucionales.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

c) Otros refieren que dichos factores son predisponente y pueden condicionar o contribuir al fracaso parcial del niño en liberarse de la dependencia, y romper los vínculos con los padres u ocasionar dificultades en la identificación con el padre del mismo sexo.

d) Algunos consideran que las desviaciones sexuales son forma de inmadurez, presentes como actitudes infantiles que no se han desarrollado o que son el resultado de la persistencia de los sentimientos de culpa o inferioridad en el niño.

Toda teoría sobre la etiología de las desviaciones sexuales debe tomarse como tentativa, más que como una aserción definitiva. Lo más importante a conocer para el futuro médico en este aspecto, es que todo el esfuerzo debe estar encaminado en comprender estas anormalidades, más que en juzgarlas. Desde un punto de vista convencional, las desviaciones sexuales pueden parecer incomprensibles, chocantes o ridículas.

En una actitud comprensiva, la desviación debe ser objeto de compasión y estudio, más que de condenación o represión. Por sus manifestaciones en desacuerdo con el orden social establecido y por estar casi siempre asociadas a transtornos de la personalidad, es que la clasificación de la A.P.A. las considera dentro de los desórdenes de la personalidad.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En primer lugar hay que tomar en cuenta las características generales de toda desviación sexual que fueron expuestas previamente, conocer las características de personalidad las circunstancias actuales en que se evidencia dicha desviación. Seguidamente apreciar si la conducta desviada es una manifestación agregada a otro desórden psicológico básico. Es necesario descartar toda enfermedad que disminuya el autocontrol del individuo como las enfermedades orgánicocerebrales (arteroesclerosis demencia senil o presenil), lesión cerebral, paralisis cerebral o inicio de alguna reacción psicótica. En las psicosis establecidas como la esquizofrenia puede apreciarse conducta sexual desviada. El psicópata puede presentarla como una de las variadas manifestaciones de su trastorno de conducta. También es necesario distinguir los casos en que este tipo de conducta, es el resultado temporal de una situación no usual(presidio, confinamiento) y por último tomar en cuenta el nivel intelectual.

TRATAMIENTO

La mayoría de los desviados sexuales no buscan el tratamiento. Aunque deplore verdaderamente su defecto, su desviación le ocasione una liberación de los impulsos y le produce placer. Es por eso que la psicoterapia en estos casos es una empresa complicada y difícil a diferencia de los casos en que los síntomas de una enfermedad no producen placer. Hasta el momento la psicoterapia es la que puede dar mejores resultados, porque aunque el principal objetivo de los pacientes que desean tratarse es el alivio de sus síntomas, lo que buscan también en comprensión, compasión y la posibilidad mejorar sus relaciones humanas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Se han empleado también algunas terapéuticas tales como terapia farmacológica, electroshock e insulina que si bien pueden calmar la ansiedad que puede acompañar a la desviación, no logra modificarla. Se ha utilizado la terapia de adversión en homosexuales, fetichismo y transvestismo, pero es apresurado afirmar sobre resultados permanentes.

Pese a las dificultades estadísticas, algunos autores refieren con la psicoterapia psicoanalítica el logro de éxito en sujetos jóvenes y potencialmente actos para desarrollar relaciones heterosexuales.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PSIQUIATRIA FORENSE

Dr. Sánchez García

CONSIDERACIONES GENERALES

Siendo una de las características del enfermo psiquiátrico ciertas expresiones en su conducta que rebasan las normas usuales a este respecto en su grupo normal y que a veces lo colocan en situaciones de peligro para consigo mismo y los demás, es que en todos los países a través de su desenvolvimiento histórico, se aprecia un intento de dictar normas legales que controlen esta expresión de la enfermedad mental.

La ley observa el control social de la conducta. La Psiquiatría trata de explicar si esta manifestación es anómala, para restituir al sujeto a cauces constructivos y útiles. Muchas veces pueden existir diferencias de opinión entre ambas ramas; justamente por el distinto enfoque ante un mismo hecho o circunstancia.

Los aspectos legales en relación con la Psiquiatría, varían de País a País y han sufrido una evolución a través del tiempo, de acuerdo al avance de la ciencia, a los criterios jurídicos y a la intervención del Estado cada vez mayor, en la seguridad y bienestar social de un pueblo. Las normas jurídicas actuales así mismo, tendrán que sufrir una variación en referencia a los incesantes progresos en el conocimiento de las enfermedades psiquiátricas, en cuanto a su diagnóstico y tratamiento.

En términos generales, los problemas jurídicos en relación a la Psiquiatría, pueden agruparse en tres aspectos principales:

1.- Organización de la asistencia psiquiátrica.
2.- Modalidad de hospitalización de los enfermos mentales y en especial las normas para internar a un paciente psiquiátrico.
3.- La capacidad civil y mental del enfermo mental. En este grupo cobra especial interés el peritaje psiquiátrico.

HOSPITALIZACION DE UN ENFERMO PSIQUIATRICO.-

En algunos países existe cierta dificultad para la hospitalización del paciente psiquiátrico, por requerirse obligatoriamente la intervención de funcionarios y de la policía.

En el Perú puede realizarse con sólo la indicación médica por medio de un certificado o por la indicación de funcionarios de justicia.

Es menester para el internamiento, que el médico que lo indica, conozca, previo diagnóstico, todas las circunstancias que rodean a la hospitalización, a la situación del sujeto, como a la aceptación o no de la familia o parientes cercanos a fin de evitarse situaciones engorrosas. Esto, tratándose de enfermedades con compromiso profundo de la personalidad. Cuando el paciente está lúcido, es decir sin compromiso profundo de sus funciones psíquicas, como en el caso de las neurosis, puede solicitarlo voluntariamente.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CAPACIDAD CIVIL Y PENAL DEL ENFERMO PSIQUIATRICO.-

Capacidad Civil.- Es la actitud legal de una persona para el disfrute y ejercicio de sus derechos de ciudadano. La enfermedad psiquiátrica puede limitar estos derechos, según el cuadro clínico, cuando la persona no se encuentra en situación de ser responsable de sus actos.

Es necesario conocer algunos conceptos jurídicos:

- Interdicción: el dispositivo legal por el cual se retira la capacidad civil de una persona y se dispone que sea ejercida sobre ella una tutela para su cuidado, siempre y cuando se haya demostrado una enfermedad mental inhabilitante. Cuando la interdicción es solicitada al Juez, a pedido de personas autorizadas o familiares, "éste examinará por sí solo o ayudado por peritos, para acreditar el estado mental del presunto enfermo, y definirse sobre si procede o no, la interdicción solicitada".

- Curatela: un enfermo mental es sometido a curatela, cuando el tribunal nombra un "curador", persona que está encargada de velar que las rentas del enfermo sean empleadas para su bienestar y para el reintegro al ejercicio de sus derechos ciudadanos lo más pronto posible.

Al Juez le interesará conocer, desde el punto de vista psiquiátrico, el estado mental del presunto enfermo, para declarar o nó su capacidad, así como para poner fin a la interdicción o curatela.

El Código Civil Peruano contempla los aspectos de la interdicción y la curatela; así como los conceptos de incapacidad absoluta e incapacidad relativa. La incapacidad relativa no está bien delimitada y la terminología usada en referencia a las enfermedades psiquiátricas no guardan relación en muchos casos con las denominaciones nosográficas actuales.

Para ilustración del estudiante expondremos algunos artículos del Código Civil en relación a lo mencionado:

Incapacidad absoluta:

Art. 9.- Son absolutamente incapaces: 1ro. los menores de 10 años; 2do. los que adolecen de enfermedad mental que los prive habitualmente de discernimiento....

Incapacida relativa:

Art.10.- Son relativamente incapaces los mayores de 16 años y menores de 21 años; y los sujetos a curatela no comprendidos en el artículo anterior.

Curatela e interdicción:

Art.555.-Estarán sujetos a curatela: a) los débiles mentales; b) los que adolecen de enfermedad mental que los prive habitualmente de discernimiento; c) los sordomudos que no puedan expre

Biblioteca Enrique Encinas-Hospital Víctor Larco Herrera

sar su voluntad de una manera intubitable; d) los pródigos; e) los ebrios habituales; f) los que incurran en mala gestión; g) los que sufran de interdicción civil.

Art.561.-Para que estén sujetos a curatela los débiles mentales y los que adolezcan de enfermedad mental, se requiere que sean incapaces de dirigir sus negocios, que no puedan prescindir de cuidados y socorro permanentes o que amenacen la seguridad ajena.

Art.571.-El Juez al declarar la interdicción del incapaz fijará la extensión y los límites de la curatela según el grado e incapacidad de aquél.

Art.572.-En caso de duda sobre los límites de la curatela, o si a juicio del curador fuere necesario extenderla, el Juez resolverá observando los trámites prescritos para declarar la interdicción.

Art.575.-Se dará curador, conforme las reglas de este título, al que por causa de debilidad senil esté incapacitado para dirigir acertadamente sus negocios.

De acuerdo a la clasificación diagnóstica standard adoptada por la A.P.A., interesa al médico general, cuáles son las causas de incapacidad civil absoluta:

A) SINDROMES ORGANICO CEREBRALES:

a) Sindrome cerebral agudo: en todos los casos mientras no exista remisión de los síntomas.

b) Sindrome cerebral crónico:

1) Secuelas de infección intracraneal, traumatismos o enfermedades degenerativas con manifestaciones psicóticas o deficitarias.

2) Demencias (arteriosclerótica, senil, presenil).

3) Psicosis de Korsakoff y otras psicosis alcohólicas.

4) Paralisis general progresiva.

B) DESORDENES PSICOTICOS:

a) Reacción esquizofrénica: mientras dure el proceso o en remisión parcial de los síntomas.

b) Reacción paranoide: cuando es oligosintomática se presta a dudas y dificultades de peritaje.

c) Reacción maníaco-depresiva: incapacita durante las fases de la enfermedad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

d) Reacción psicótica involutiva: mientras dure el proceso.

C) DEFICIENCIA MENTAL:

En grado moderado o severo es causa de incapacidad. Corresponde al término "débil mental" del Código.

D) EPILEPSIA:

Incapacita cuando existe alteración permanente; (demencia por deterioro) en casos que comprometen la conciencia en forma prolongada pueden presentar dificultades.

En términos generales, cuando la perturbación psiquiátrica es profunda no ofrece dificultades. Estas se presentan en los parcialmente capacitados y en los sujetos que con antecedentes de un proceso en remisión completa de los síntomas, simule la enfermedad; o aquellos que con presencia de síntomas moderados disimulen sus deficiencias.

En estos últimos casos el perito tiene que tomar las providencias para una cuidadosa observación y llegar a conclusiones definidas.

Capacidad Penal.- Es la responsabilidad de la persona ante la Ley de los actos antisociales que pudiera cometer.

Como ilustración reproducimos las normas respectivas del Código Penal en lo relacionado con la Psiquiatría:

Art. 85.- Están exentos de pena: 1ro. el que comete el hecho punible en estado de enfermedad mental, de idiotez o de una grave alteración de la conciencia, y no posee en el momento de actuar la facultad de apreciar el carácter delictuoso de su acto, o de determinarse según esta apreciación;...

Art. 90.- En los casos del Art 85, cuando no concurren los requisitos necesarios para hacer desaparecer totalmente la responsabilidad, el Juez podrá disminuir la pena prudencialmente hasta límites inferiores al mínimun legal.

Art. 91.- Si un delincuente de responsabilidad restringida según el Art. 85, inciso 1ro.,y el Art. 90, ofrece peligro para la seguridad o el orden público, y se hace necesario internarlo en un Hospital y hospicio, el Juez suspenderá la ejecución de la pena y ordenará este internamiento. Si por otros motivos el estado de un delincuente de responsabilidad restringida, exige que sea tratado o colocado en un hospital u hospicio, el Juez suspenderá la ejecución de la pena y ordenará el tratamiento o la hospitalización del condenado.

Art. 92.- Si la causa que había hecho suspender la ejecución de la pena respecto a un condenado de responsabilidad restringida,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

llega a desaparecer, el juez decidirá si la pena deberá ser aún ejecutada y en que medida, previo dictámen de peritos.

Art. 93.- El Juez Instructor o el Tribunal que juzga ordenará el examen por peritos de los inculpados cuyo examen mental se preste a dudas, y en todo caso de los epilépticos y sordomudos. Los peritos informarán sobre el estado mental y expresarán si procede el internamiento en un hospital o en un hospicio, o si hay peligro para la seguridad o el orden público.

Art. 94.- La Autoridad administrativa ejecutará la decisión del Juez referente al internamiento, al tratamiento o la hospitalización de los encausados o de los delincuentes eximidos de pena o de responsabilidad restringida. El Juez hará cesar el internamiento, el tratamiento o la hospitalización cuando la causa haya desaparecido, con audiencia del ministerio público y previo dictámen de peritos.

PERITACIONES PSIQUIATRICAS.-

A menudo el Psiquiatra es consultado para dar su dictámen de experto en un tribunal y otras organizaciones de interés público, para que emita un informe acerca del estado mental de un individuo inculpado, o cuya interdicción o curatela se requiera.

Las modalidades de peritación más frecuentes son:

1) peritación en materia de responsabilidad penal
2) peritación en materia de capacidad civil
3) peritación en estimación de daños (accidentes de trabajo, heridas de guerra, etc.)
4) peritación en materia de capacidad profesional y para circunstancias especiales (selección psiquiátrica para instituciones, conducción de vehículos, portar armas, etc.)

Nombrado el Psiquiatra como perito, éste solicitará el sistema de exploración más adecuado según el caso. Si considera necesario solicitará el expediente que se está siguiendo. Exigirá las pruebas auxiliares y Psicológicas que juzgue convenientes. Después de realizado el estudio tendrá que redactar un informe al Juez que tiene que reunir las sgtes. características:

1) será de redacción clara, con juicios precisos y objetivos
2) se iniciará con una breve referencia a la tarea encomendada
3) breve exposición de los antecedentes, personalidad del sujeto e historia de la enfermedad
4) breve discusión psicopatológica y diagnóstico
5) conclusión.

Aunque el papel del Psiquiatra es solo auxiliar, sus conclusiones pueden tener un valor considerable para que se exima de pena o no en el caso de un inculpado, por lo tanto es menester que sea idóneo en su especialidad, comprenda el sentido jurídico de su función y sea éticamente imparcial.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Interesa al médico general cuales son las manifestaciones psiquiátricas en referencia a la capacidad penal de los acusados.

En los casos de desórdenes cerebrales crónicos, psicóticos, epilepsia y deficiencia mental, cuando son de compromiso profundo eximen de capacidad penal y el dictámen no es motivo de duda.

Sin embargo, es menester realizar algunas aclaraciones en algunos aspectos. En casos de reacciones psicóticas con remisión completa de los síntomas, el perito tiene que plantear cuidadosamente los hechos y es conclusión específica en cada caso que pueda presentarse.

La psicosis maníaco depresiva priva de responsabilidad si se demuestra que el acto delictuoso se cometió en una de las fases. La esquizofrenia exime de culpa cuando está en proceso de remisión parcial. En caso de manifestaciones reciduales se prestan a confusión para el diagnóstico diferencial con manifestaciones psicopáticas de la personalidad.

En la epilepsia hay que observar si el hecho es punible: si fué realizado en alguna de las manifestaciones de transtorno de conciencia, estados crepusculares o crisis psicomotoras. La aclaración es difícil. Los hechos derivados de la impulsividad del carácter epiléptico no eximen. El alcoholismo sólo exime en los casos de psicosis comprobada. La embriaguez simple no exime. En los casos de deficiencia intelectual, para que eximan, éstos deben ser de compromiso profundo de la función; el déficit menor no exime. Pueden existir reacciones situacionales o a gran stress que pueden eximir si se llega a demostrar el compromiso serio de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad no eximen. Este aspecto es de suma importancia, porque la mayoría de delincuentes son portadores de estos transtornos. El sujeto portador de un transtorno sociopático de la personalidad, con manifestaciones antisociales o disociales tiene conocimiento de que los actos que realiza son reñidos con las normas sociales establecidas y que son merecedoras de castigo, pero no logran modificar sus actitudes con la experiencia o el castigo y son usualmente reincidentes.

Para la solución de este problema es necesario realizar un enfoque multidimensional: sociológico, psiquiátrico, jurídico y penal.

La circunstancia de que la psicosis franca, exime de pena al sujeto, muchas veces es empleado como recurso para simulación. Aún conociendo la patología de ella, es difícil simular una psicosis por un tiempo prolongado. De allí que el perito que se encuentra ante uno de estos casos debe solicitar su internamiento para observación indirecta, realizar hábiles interrogatorios y pruebas auxiliares, que casi siempre permiten descubrir su verdadero estado.

==========

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera